



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE EGAS MONIZ**

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS E PRÁTICAS EM
MEDICINA DENTÁRIA NA PREVENÇÃO E DETECÇÃO
PRECOCE DO CANCRO ORAL**

Trabalho submetido por:

Sara Filipa Ramalho Rodrigues

para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Setembro de 2013



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE EGAS MONIZ**

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS E PRÁTICAS EM
MEDICINA DENTÁRIA NA PREVENÇÃO E DETECÇÃO
PRECOCE DO CANCRO ORAL**

Trabalho submetido por:

Sara Filipa Ramalho Rodrigues
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por:

Professor Doutor Jorge Botelho Rosa Santos

e co-orientado por

Professor Doutor Vítor José Glaziou Tavares

Setembro de 2013

DEDICATÓRIA

Ao meu Avô Ramalho,

O que faz andar a estrada?

É o sonho.

Enquanto a gente sonhar a estrada permanecerá viva.

Mia Couto

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Doutor Jorge Rosa Santos, por toda a ajuda e disponibilidade demonstradas ao longo da realização deste trabalho.

Ao meu co-orientador, Professor Doutor Vítor Glaziou Tavares, por todo o apoio e conselhos prestados ao longo da elaboração do estudo.

Ao Professor Luís Proença pela sua contribuição no tratamento estatístico dos dados e por toda a sua disponibilidade e simpatia.

A todos os alunos do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz e a todos os médicos dentistas que concordaram participar neste estudo.

A todos os meus amigos que, com todo o seu apoio, companheirismo e paciência, me ajudaram a atingir esta meta.

Ao Tiago, por toda a orientação, apoio e dedicação que sempre me incentivaram a ser melhor e a alcançar todos os meus objectivos.

E por último, e seguramente mais importante, aos meus pais e irmã, por acreditarem em mim, por todo o apoio e amor incondicionais que possibilitaram a minha formação, não só como profissional, mas como pessoa.

RESUMO

Introdução: O cancro oral tem-se tornado cada vez mais um importante problema de saúde pública no mundo, encontrando-se entre as dez neoplasias malignas mais prevalentes.

Independentemente deste tipo de cancro poder ser facilmente detectado, devido à localização privilegiada da cavidade oral para o exame clínico, e dos principais factores de risco estarem identificados, continuam a verificar-se elevadas taxas de diagnóstico em fases tardias da doença, dificultando ou impossibilitando a sua cura.

Os médicos dentistas desempenham um papel crucial no combate ao cancro oral, nomeadamente no que diz respeito à sua prevenção e detecção precoce, contribuindo deste modo para o aumento das taxas de sobrevivência e de cura, assim como para a redução da morbilidade, custos de tratamento e aumento da qualidade de vida do doente.

Objectivo: Este estudo apresenta como principal objectivo a avaliação do conhecimento, práticas e opiniões em medicina dentária acerca da prevenção e diagnóstico precoce do cancro oral.

Materiais e métodos: Foram realizados 90 questionários a uma amostra aleatória de médicos dentistas e estudantes do 4º e 5º ano de medicina dentária do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz. Os itens que constituem este questionário visam o estudo de práticas clínicas em medicina dentária no que diz respeito à prevenção e diagnóstico precoce do cancro oral, de conhecimentos específicos acerca desta doença, bem como de opiniões relativamente ao grau de conhecimento sobre o cancro oral e interesse em participar em acções formativas.

Resultados e conclusões: A maioria dos participantes (54.4%) classifica o seu grau de conhecimento sobre o cancro oral como mediano. No geral, os alunos de medicina dentária e os médicos dentistas apresentam-se bem informados acerca do cancro oral, no entanto, subsistem algumas lacunas no conhecimento de certos factores de risco e técnicas de diagnóstico, o que vem realçar a importância de acções educativas nesta área.

Palavras-chave: *cancro oral, medicina dentária, prevenção, diagnóstico precoce*

ABSTRACT

Introduction: Oral cancer has become an important public health issue in the world, lying between the ten most prevalent malignancies.

Although this type of cancer has the main risk factors identified and can be easily detected due to the privileged location of the oral cavity to the clinical examination, the dentists continue to diagnose high rates of late stages, making it difficult or impossible to healing.

The dentists play a crucial role in the fight against oral cancer particularly regarding the prevention and early detection. This will lead to increased rates of survival and healing, as well as the reduction of morbidity and treatment costs, increasing the quality of life of the patient.

Purpose: This study main objective is the evaluation of knowledge, opinions and practices in dentistry about prevention and early diagnosis of oral cancer.

Materials and methods: 90 questionnaires were handed out to a random sample of dentists and dental students, of the 4th and 5th year of Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz. The items that make this questionnaire aimed at the study of clinical practices in dentistry in order for prevention and early diagnosis of oral cancer, specific knowledge about oral cancer, as the main risk factors, symptoms, anatomic region and age range more often affected, as well as opinions regarding the degree of knowledge about this disease and interest in participating in training activities.

Results and conclusions: Most participants (54.4%) rated their knowledge level about oral cancer as average. In general, dental students and dentists present themselves as well informed about oral cancer; however there are some gaps in the knowledge of certain risk factors and diagnostic techniques, what comes to highlight the importance of educational activities in this area.

Key words: *oral cancer, dental medicine, prevention, early diagnosis*

ÍNDICE GERAL

1. Introdução	17
2. Epidemiologia e Etiologia do Cancro Oral	21
2.1. Epidemiologia	21
2.2. Etiologia	23
2.3. Factores de risco	24
2.3.1. Tabaco	24
2.3.2. Álcool.....	24
2.3.3. Vírus do Papiloma Humano (HPV)	25
2.3.4. Traumatismos crónicos da mucosa	26
2.3.5. Predisposição familiar e genética	26
2.3.6. Dieta	26
2.3.7. Exposição solar	27
2.3.8. Cirurgias e medicação	27
3. Lesões Potencialmente Malignas.....	29
3.1. Leucoplasia.....	30
3.2. Eritroplasia	31
3.3. Líquen plano.....	32
3.4. Lúpus Eritematoso.....	33
3.5. Queilite actínica.....	33
3.6. Fibrose submucosa	34
3.7. Detecção e manutenção das lesões potencialmente malignas	34
4. Papel do médico dentista na prevenção e detecção precoce do cancro oral.....	37
4.1. Importância da primeira consulta.....	39
4.1.1. Primeiro passo: avaliação extraoral	40
4.1.2. Segundo passo: lábios	41
4.1.3. Terceiro passo: mucosa labial e oral.....	41
4.1.4. Quarto passo: gengiva	41
4.1.5. Quinto passo: língua	42
4.1.6. Sexto passo: pavimento da boca	42
4.1.7. Oitavo passo: palato duro e palato mole	43

5. Materiais e Métodos	45
5.1. Caracterização do estudo	45
5.2. Objectivos.....	45
5.2.1. Geral.....	45
5.2.2. Específicos.....	45
5.3. População e amostra	45
5.4. Critérios de selecção	46
5.4.1. Critérios de inclusão	46
5.5. Análise estatística	46
6. Resultados	47
6.1. Caracterização geral	47
6.1.1. Idade.....	47
6.1.2. Género	47
6.1.3. Nível de formação.....	48
6.2. Questões específicas acerca do cancro oral	49
6.2.1. Exame geral da cavidade oral incluindo avaliação das mucosas.....	49
6.2.2. Palpação dos nódulos linfáticos da cabeça e pescoço.....	50
6.2.3. Orientação do doente para o autoexame oral	51
6.2.4. Tipo de cancro oral mais comum.....	52
6.2.5. Região anatómica mais frequente.....	53
6.2.6. Género mais frequente	54
6.2.7. Faixa etária mais frequentemente afectada	54
6.2.8. Sintoma mais comum.....	55
6.2.9. Alteração oral mais frequentemente associada ao cancro oral	56
6.2.10. Estadio onde mais frequentemente se processa o diagnóstico	58
6.2.11. Principal causa para o atraso no diagnóstico.....	59
6.2.12. Principais factores de risco.....	60
6.3. Opinião sobre conhecimentos acerca do cancro oral	63
6.3.1. Última vez que participou em acções formativas	63
6.3.2. Interesse em participar em acções formativas	64
6.3.3. Formato	65
6.3.4. Interesse em participar na Semana Europeia e Portuguesa de Sensibilização para o Problema do Cancro da Cabeça e Pescoço.....	66

6.3.5.	Importância do médico dentista na prevenção e detecção precoce	67
6.3.6.	Doentes encontram-se suficientemente informados	68
6.3.7.	Avaliação do grau de conhecimento em relação ao cancro oral	69
6.3.8.	Obteve formação suficiente para actuar na prevenção e diagnóstico precoce	70
7.	Discussão	73
7.1.	Considerações gerais	73
7.2.	Amostra	74
7.3.	Caracterização geral:	74
7.4.	Questões específicas acerca do cancro oral	75
7.5.	Opinião sobre conhecimentos acerca do cancro oral	78
7.6.	Limitações do estudo	81
8.	Conclusões.....	83
9.	Bibliografia.....	85
10.	Anexos.....	91

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Zona do pescoço exposta para exame	40
Figura 2 - Triângulo submentoniano	40
Figura 3 - Triângulo submandibular	40
Figura 4 - Zona pré-auricular	40
Figura 5 - Parótida	40
Figura 6 - Zona auricular posterior	40
Figura 7 - Triângulo occipital	40
Figura 8 - Nódulo júgulo-digástrico	40
Figura 9 - Nódulo júgulo-omohioide	40
Figura 10 - Triângulo posterior	40
Figura 11 - –Glândulas sublingual e submandibular	41
Figura 12 - Lábios	41
Figura 13 - Mucosa labial maxilar	41
Figura 14 - Mucosa labial mandibular	42
Figura 15 - Mucosa oral	42
Figura 16 - Gengiva	42
Figura 17 - Dorso da língua	43
Figura 18 - Ventre da língua	43
Figura 19 - Bolsa lingual	43
Figura 20 - Bordo lateral da língua	43
Figura 21 - Palato duro	43
Figura 22 - Palato mole e amígdala	43
Figura 23 - Distribuição da amostra por género	48
Figura 24 - Distribuição da amostra por nível de formação	48
Figura 25 - Distribuição da amostra de acordo com a realização de exame geral da cavidade oral	49
Figura 26 - Distribuição da amostra relativamente à palpação dos nódulos linfáticos da cabeça e pescoço como factor essencial no exame	50

Figura 27 - Distribuição da amostra de acordo com a orientação para o autoexame oral	51
Figura 28 - Distribuição da amostra de acordo com o tipo de cancro oral mais comum	52
Figura 29 - Distribuição da amostra de acordo com a região anatómica mais frequente para o aparecimento de cancro oral	53
Figura 30 - Distribuição da amostra de acordo com o sexo mais frequentemente afectado pelo cancro oral	54
Figura 31 - Distribuição da amostra de acordo com a faixa etária mais frequentemente afectada	55
Figura 32 - Distribuição da amostra de acordo com a alteração oral mais frequentemente associada ao cancro oral	56
Figura 33 - Distribuição da amostra de acordo com a alteração oral mais frequentemente associada ao cancro oral	57
Figura 34 - Distribuição da amostra de acordo com o estadio onde mais frequentemente se processa o diagnóstico do cancro oral	58
Figura 35 - Distribuição da amostra de acordo com a principal causa para o atraso no diagnóstico	59
Figura 36 - Distribuição da amostra dos alunos do 4º ano de acordo com os principais factores de risco	61
Figura 37 - Distribuição da amostra dos alunos do 5º ano de acordo com os principais factores de risco	62
Figura 38 - Distribuição da amostra dos médicos dentistas de acordo com os principais factores de risco	63
Figura 39 - Distribuição da amostra de acordo com a última vez que participaram em acções formativas sobre o cancro oral	64
Figura 40 - Distribuição da amostra de acordo com o interesse em participar em acções formativas sobre o cancro oral	65
Figura 41 - Distribuição da amostra de acordo com o formato de acção formativa ..	66

Figura 42 - Distribuição da amostra de acordo com o interesse em participar na Semana Europeia e Portuguesa de Sensibilização para o Problema do Cancro da Cabeça e Pescoço	67
Figura 43 - Distribuição da amostra de acordo com a importância do médico dentista na prevenção e detecção precoce do cancro oral	68
Figura 44 - Distribuição da amostra de acordo com a opinião sobre os doentes se encontrarem suficientemente informados acerca do cancro oral.....	69
Figura 45 - Distribuição da população de acordo com a avaliação do grau de conhecimento em relação ao cancro oral.....	70
Figura 46 - Distribuição da população de acordo com a opinião sobre se obteve formação suficiente para actuar na prevenção e diagnóstico precoce do cancro oral na universidade onde estudou.....	71

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Valor médio, mínimo, máximo e desvio padrão da idade	47
Tabela 2 - Distribuição da amostra por género	47
Tabela 3 - Distribuição da amostra por nível de formação	48
Tabela 4 - Distribuição da amostra de acordo com a realização de exame geral da cavidade oral	49
Tabela 5 - Distribuição da amostra relativamente à palpação dos nódulos linfáticos da cabeça e pescoço como factor essencial no exame	50
Tabela 6 - Distribuição da amostra de acordo com a orientação para o autoexame oral	51
Tabela 7- Distribuição da amostra de acordo com o tipo de cancro oral mais comum	52
Tabela 8 - Distribuição da amostra de acordo com a região anatómica mais frequente para o aparecimento de cancro oral	53
Tabela 9 - Distribuição da amostra de acordo com o sexo mais frequentemente afectado pelo cancro oral	54
Tabela 10- Distribuição da amostra de acordo com a faixa etária mais frequentemente afectada	55
Tabela 11 - Distribuição da amostra de acordo com o sintoma mais comum num doente com cancro oral num estadio inicial	56
Tabela 12 - Distribuição da amostra de acordo com a alteração oral mais frequentemente associada ao cancro oral	57
Tabela 13 - Distribuição da amostra de acordo com o estadio onde mais frequentemente se processa o diagnóstico do cancro oral	58
Tabela 14 - Distribuição da amostra de acordo com a principal causa para o atraso no diagnóstico	59
Tabela 15 - Distribuição da amostra dos alunos do 4º ano de acordo com os principais factores de risco	60
Tabela 16 - Distribuição da amostra dos alunos do 5º ano de acordo com os principais factores de risco	61

Tabela 17 - Distribuição da amostra dos médicos dentistas de acordo com os principais factores de risco	62
Tabela 18- Distribuição da amostra de acordo com a última vez que participaram em acções formativas sobre o cancro oral.....	63
Tabela 19- Distribuição da amostra de acordo com o interesse em participar em acções formativas sobre o cancro oral.....	64
Tabela 20 - Distribuição da amostra de acordo com o formato de acção formativa .	65
Tabela 21- Distribuição da amostra de acordo com o interesse em participar na Semana Europeia e Portuguesa de Sensibilização para o Problema do Cancro da Cabeça e Pescoço	66
Tabela 22 - Distribuição da amostra de acordo com a importância do médico dentista na prevenção e detecção precoce do cancro oral	67
Tabela 23 - Distribuição da amostra de acordo com a opinião sobre os doentes se encontrarem suficientemente informados acerca do cancro oral.....	68
Tabela 24 - Distribuição da população de acordo com a avaliação do grau de conhecimento em relação ao cancro oral.....	69
Tabela 25 - Distribuição da população de acordo com a opinião sobre se obteve formação suficiente para actuar na prevenção e diagnóstico precoce do cancro oral na universidade onde estudou.....	70

LISTA DE ABREVIATURAS

HPV - Vírus do papiloma humano

OMS - Organização mundial de saúde

VIH – Vírus da imunodeficiência humana

APMDH – Associação portuguesa de medicina dentária hospitalar

1. INTRODUÇÃO

O cancro é uma doença com um forte impacto social, não só pela sua elevada incidência e mortalidade como pelos enormes recursos envolvidos na sua prevenção, tratamento e reabilitação (Pinheiro, 2000).

O cancro oral corresponde a uma alteração maligna que pode afectar qualquer localização da cavidade oral, incluindo lábios, língua, mucosa oral, gengiva, rebordo alveolar, palato duro, pavimento da boca ou glândulas salivares (Falcão, 2006). Esta patologia tem vindo a tornar-se um importante problema de saúde pública no mundo, encontrando-se entre as dez neoplasias malignas mais prevalentes, e representando a maior taxa de mortalidade entre os tumores da cabeça e pescoço (I. V. Santos *et al.*, 2011).

Manifesta-se mais frequentemente no sexo masculino, a partir dos 40 anos, e apresenta maior incidência nos consumidores abusivos de tabaco e de bebidas alcoólicas. Não obstante, nas últimas décadas, tem-se observado um aumento da incidência de cancro oral no sexo feminino, devido às alterações dos seus comportamentos sociais (Musa *et al.*, 2008; I. V. Santos *et al.*, 2011; Silverman, Kerr, e Epstein, 2010).

Apesar disto, existe um número significativo de casos em que foi realizado o diagnóstico de cancro oral em adultos jovens, frequentemente na ausência dos factores de risco convencionais. Nestas situações a doença pode seguir um curso particularmente agressivo devido a um atraso no diagnóstico, consequência das idades reduzidas e da ausência de factores de risco (American Cancer Society, 2007; Musa *et al.*, 2008; Poh, Williams, Zhang, e Rosin, 2006; Silverman *et al.*, 2010).

Para além dos hábitos tabágicos e etanólicos significativos e prolongados, apontados como factores etiológicos major para o desenvolvimento de cancro oral, a carcinogénese pode também ser influenciada por outros factores, como a infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV), traumatismos crónicos da mucosa, conteúdo da dieta, comportamentos sexuais e exposição à radiação solar (I. V. Santos *et al.*, 2011; Silverman *et al.*, 2010).

Alguns tipos de cancro tendem a ser precedidos por uma lesão potencialmente maligna, sendo fundamental seleccionar os doentes susceptíveis para estas condições, de modo a detectar estas alterações precocemente, antes da sua transformação maligna

(Amagasa, 2011; Angadi e Krishnapillai, 2012; Nair *et al.*, 2012). Com a detecção destas alterações na mucosa oral, através de uma acção conjunta entre o médico dentista, pela realização de exames de rotina, e o próprio doente, pela execução do autoexame oral periodicamente, muitas das patologias poderiam ser detectadas e, desta forma, iniciar-se o seu tratamento precocemente, melhorando o prognóstico destes doentes (American Cancer Society, 2007).

Independentemente deste tipo de cancro poder ser facilmente detectado, devido à localização privilegiada da cavidade oral para o exame clínico e dos principais factores de risco estarem identificados, continuam a verificar-se elevadas taxas de diagnóstico em fases tardias da doença, dificultando ou impossibilitando a sua cura (Gajendra, Cruz, e Kumar, 2007). Nas últimas décadas não se tem observado uma subida da taxa de sobrevivência aos 5 anos, uma vez que a maior parte destes tumores são apenas diagnosticados em estadios avançados, muitas vezes já apresentando disseminação linfática (McCullough, Prasad, e Farah, 2010; Nagao, Chaturvedi, Shaha, e Sankaranarayanan, 2011). Este atraso no diagnóstico pode dever-se à ausência de sintomatologia da doença na sua fase inicial, à falta de preparação dos médicos dentistas para a detecção desta patologia, à ansiedade dos doentes e à falta de informação da população (I. V. Santos *et al.*, 2011).

Os médicos dentistas desempenham um papel crucial no combate ao cancro oral, nomeadamente no que diz respeito à sua prevenção e detecção precoce, devendo ser incluído como rotina diária destes profissionais um exame clínico à cavidade oral, e não apenas aos dentes em si (Gajendra *et al.*, 2007). Assim, estes profissionais devem estar preparados para a detecção de quaisquer alterações na mucosa, por meio do exame clínico, bem como ser capazes de avaliar possíveis factores de risco relacionados. Nesse contexto, poderá contribuir para o diagnóstico precoce do cancro oral e, por conseguinte, para o aumento das taxas de sobrevivência e de cura, assim como para a redução da morbilidade e custos de tratamento e aumento da qualidade de vida do doente (I. V. Santos *et al.*, 2011; Silverman *et al.*, 2010).

O desafio para o diagnóstico precoce enfatiza a necessidade da educação, tanto da população em geral, como especificamente dos profissionais de saúde, entre eles os médicos dentistas, acerca da importância do exame periódico e sistemático do cancro oral, com vista à detecção de lesões potencialmente malignas e cancros em estadios precoces. Acções de educação acerca do cancro oral demonstram uma influência

positiva nas atitudes, conhecimentos e comportamentos dos participantes, o que potencialmente pode promover uma alteração na prevenção, detecção precoce e, em última análise, controlo do cancro oral e da orofaringe (Silverman *et al.*, 2010).

Pretende-se assim, com esta dissertação, contribuir para uma prática clínica responsável e de qualidade em medicina dentária, no que diz respeito à prevenção e diagnóstico precoce do cancro oral. O trabalho de investigação será suportado com recurso a questionários direccionados para médicos dentistas e alunos do 4º e 5º ano de medicina dentária do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, uma vez que é nesta altura que iniciam a sua prática clínica e contacto com os doentes. Como principais objectivos destacam-se a compreensão dos conhecimentos e práticas clínicas utilizadas em medicina dentária relativamente a esta doença, a possível contribuição desta área para um diagnóstico precoce deste tipo de lesões e a realização de um estudo que englobe o estado da arte em relação ao cancro oral.

2. EPIDEMIOLOGIA E ETIOLOGIA DO CANCRO ORAL

2.1. Epidemiologia

As neoplasias malignas constituem as principais causas de ansiedade, morbidade e mortalidade em todo o mundo. O cancro corresponde a uma das cinco principais causas de morte em todas as sociedades (Shan, Johnson, e Batsakis, 2003).

Cancro pode ser definido como uma multiplicação e disseminação descontrolada de células alteradas ou atípicas, que não conseguem ser totalmente reprimidas pelo sistema imunológico, sendo que este crescimento celular desordenado pode ter como consequência o comprometimento de tecidos e órgãos (I. V. Santos *et al.*, 2011). Pode ter origem no crescimento de diversos tipos de células, o que vai influenciar a sua denominação. Por exemplo, se tiver origem em tecidos epiteliais, como a pele e mucosas, é classificado como carcinoma, se, por outro lado, tiver origem no tecido conjuntivo, como o osso, músculos ou cartilagens, é denominado sarcoma (Leon Barnes, Eveson, Reichart, e Sidransky, 2005; Falcão, 2006).

O cancro é uma doença com um forte impacto social, não só pela sua elevada incidência e mortalidade mas também pelos enormes recursos envolvidos na sua prevenção, tratamento e reabilitação (Pinheiro, 2000).

Cancro oral define-se como uma alteração maligna que pode afectar qualquer localização da cavidade oral, incluindo lábios, língua, mucosa oral, gengiva, rebordo alveolar, palato duro e mole, pavimento da boca, maxila, vestíbulo, glândulas salivares e área retromolar até à zona da amígdala (MacCarthy, Flint, Healy, e Stassen, 2011; I. V. Santos *et al.*, 2011).

De todos os tipos de cancro que afectam a cavidade oral e orofaringe, mais de 95% são carcinomas. O tipo mais comum de cancro oral é o carcinoma de células escamosas, também denominado de carcinoma pavimento-celular, uma vez que se desenvolve a partir do epitélio escamoso estratificado que recobre a cavidade oral e a faringe. A região anatómica mais frequentemente afectada pelo tumor primário é a língua, seguida pelo pavimento da boca (Shan *et al.*, 2003; Silverman, 2003).

Embora a prevalência do cancro oral seja bastante reduzida e atraia pouca atenção, este é mais comum do que o linfoma de Hodgkin ou o carcinoma do cérebro, fígado, ossos, glândula tiroide, estômago, ovários ou cancro do colo do útero, representando

uma doença devastadora, com consequências terríveis, tanto a nível individual como para a sociedade (Gajendra *et al.*, 2007; McCullough *et al.*, 2010; Poh *et al.*, 2006). A incidência de cancro oral no mundo é de cerca de 500.000 novos casos por ano, representando cerca de 3% de todos os tumores malignos (Messadi, 2013). Desse valor, estimam-se cerca de 143.000 na Europa, sendo 2.500 em Portugal (J. R. Santos, 2013).

Vários autores consideram que, embora muitas pessoas não tenham conhecimento da sua existência, o cancro oral tem-se tornado cada vez mais um importante problema de saúde pública no mundo, sendo a doença que apresenta maior taxa de mortalidade entre os tumores da cabeça e pescoço (McCullough *et al.*, 2010; Nagao *et al.*, 2011; Poh *et al.*, 2006; I. V. Santos *et al.*, 2011; Shan *et al.*, 2003).

A sua etiologia é multifactorial, podendo integrar factores endógenos, como a predisposição genética, e factores exógenos ambientais e comportamentais, como o consumo de tabaco, ingestão de bebidas alcoólicas, exposição à radiação solar e produtos químicos carcinogénicos (I. V. Santos *et al.*, 2011).

Segundo a *American Cancer Society* o sintoma mais comum consiste numa ulceração na cavidade oral, que sangra facilmente e não cura. Outro sinal comum é a presença de uma dor persistente na boca que não desaparece. Outros sinais e sintomas relevantes incluem um endurecimento ou edema na mucosa jugal, uma mancha branca ou vermelha nas gengivas, língua, amígdalas ou mucosa jugal, dor de garganta ou sensação de corpo estranho, dificuldade em mastigar, engolir ou movimentar a língua ou a mandíbula (American Cancer Society, 2007).

Apesar deste tipo de cancro poder ser facilmente detectado, devido à localização privilegiada da cavidade oral ao exame clínico, a proporção de casos diagnosticados em estadios precoces é muito reduzida (Gajendra *et al.*, 2007). Nas últimas décadas não se tem observado uma melhoria da taxa de sobrevivência aos 5 anos, sendo que esta se apresenta entre os 15 e os 50%, uma vez que a maior parte destes tumores são apenas detectados em estadios avançados, muitas vezes já se observando disseminação linfática (McCullough *et al.*, 2010; Messadi, 2013; Nagao *et al.*, 2011).

Os médicos dentistas desempenham um papel crucial na prevenção e detecção precoce do cancro oral e da orofaringe, devendo ser incluído como rotina diária destes profissionais um exame clínico à cavidade oral, e não apenas aos dentes *em si*. Este exame pode levar tão pouco como 90 segundos a executar, e contribuir eficazmente para

a redução das taxas de mortalidade associadas à doença (Gajendra *et al.*, 2007). Efectivamente, muitos cancros orais podem ser detectados precocemente, através de uma combinação de exames de rotina por um médico dentista e pelo autoexame, realizado periodicamente pelo próprio doente (American Cancer Society, 2007).

Muitos especialistas concordam que a chave não é necessariamente a identificação do cancro oral, mas sim a identificação precoce de alterações nos tecidos e, consequentemente, a adopção de medidas apropriadas (Gajendra *et al.*, 2007).

2.2. Etiologia

O cancro oral manifesta-se mais frequentemente no sexo masculino, a partir dos 40 anos, habitualmente em doentes que apresentam hábitos tabágicos e/ou etanólicos significativos e prolongados. Não obstante, nas últimas décadas, tem-se observado um aumento da incidência de cancro oral no sexo feminino, devido às alterações dos seus hábitos sociais, nomeadamente a adopção de hábitos tabágicos e etanólicos. A sua localização mais frequente ocorre na língua, seguindo-se o pavimento da boca (Musa *et al.*, 2008; I. V. Santos *et al.*, 2011; Sciubba, 2001; Silverman *et al.*, 2010).

Embora a probabilidade de desenvolver cancro oral aumente com a idade, tem-se observado um número crescente de casos diagnosticados em adultos jovens, particularmente na língua, frequentemente na ausência dos factores de risco convencionais. Nestes casos a doença pode seguir um curso particularmente agressivo devido a um atraso no diagnóstico, consequência das idades reduzidas e da ausência de factores de risco. Os factores que contribuem para este aumento são ainda desconhecidos, no entanto, pode estar em parte associado ao consumo abusivo de drogas e à exposição ao papiloma vírus humano (American Cancer Society, 2007; Messadi, 2013; Musa *et al.*, 2008; Poh *et al.*, 2006; Silverman *et al.*, 2010).

A utilização do tabaco e o consumo de álcool são considerados os principais factores de risco para o desenvolvimento de cancro oral, enquanto a infecção pelo vírus do papiloma humano está a emergir como principal factor de risco para o desenvolvimento de cancro da orofaringe (Messadi, 2013).

A carcinogénese pode também ser influenciada por factores hereditários e por mutações genéticas somáticas, associadas à exposição aos principais factores de risco. Também a presença de traumatismos crónicos na mucosa, a nutrição e a exposição solar

têm sido estudados como potenciais factores de risco no desenvolvimento de cancro oral (Silverman *et al.*, 2010).

2.3. Factores de risco

2.3.1. Tabaco

O consumo de tabaco, nas suas diferentes formas, é responsável pelo desenvolvimento de várias doenças, incluindo o cancro do tracto aerodigestivo superior e a maioria das leucoplasias. Os fumadores em excesso apresentam uma probabilidade sete vezes superior para o desenvolvimento de leucoplasia em comparação com indivíduos não fumadores. Além disso, a importância do tabaco é reforçada pela regressão e/ou desaparecimento de muitas lesões após a interrupção do seu consumo (McCullough *et al.*, 2010; Sciubba, 2001; Shan *et al.*, 2003).

O risco de desenvolver lesões malignas aumenta com a quantidade de tabaco consumida e duração do hábito (American Cancer Society, 2007; Wu *et al.*, 2013).

O acto de mascar tabaco é também apontado como uma das principais causas de desenvolvimento de carcinoma das células escamosas tanto na cavidade oral como na orofaringe, particularmente no subcontinente indiano, algumas zonas do Sudeste Asiático, China e em comunidades de emigrantes dos mesmos locais, especialmente quando consumidos juntamente com noz de areca e hidróxido de cálcio (Leon Barnes *et al.*, 2005).

2.3.2. Álcool

O desenvolvimento de cancro oral e o consumo de álcool encontram-se fortemente associados, particularmente quando existe utilização concomitante de tabaco. Foi demonstrado, *in vitro*, que o consumo de etanol provoca alterações na permeabilidade da mucosa oral, provocando um aumento do grau de penetração do tabaco associado à carcinogénese. Esta alteração é um mecanismo sugerido como uma possível explicação para este aumento do risco. Além disso, o acetaldeído, um metabolito directo do álcool, apresenta poder carcinogénico (Sciubba, 2001).

A capacidade do álcool provocar a desnaturação proteica e dissolução de lípidos, bem como a sua actividade anti-microbiana contra a maioria das bactérias, fungos e vírus, tem resultado na sua utilização em colutórios como conservante, solvente e agente

antisséptico. O contacto destas elevadas concentrações de álcool com a mucosa oral pode provocar efeitos prejudiciais, tais como queratose, ulceração da mucosa, petéquias, gengivite e dor oral. Pode existir uma relação directa entre o teor de álcool existente nos colutórios e o desenvolvimento de cancro oral, especificamente um aumento do risco de contrair cancro da cavidade oral, faringe e laringe (McCullough *et al.*, 2010).

2.3.3. Vírus do Papiloma Humano (HPV)

O HPV tem sido aceite como um co-factor importante no desenvolvimento de cancro cervical, proveniente de uma membrana mucosa, que apresenta semelhanças com a mucosa oral. Tem sido postulado que os subtipos de HPV oncogénicos, especificamente o HPV 16 e 18, podem apresentar um efeito carcinogénico no epitélio oral (McCullough *et al.*, 2010; Rautava e Syrjänen, 2013).

Foi identificado o vírus do papiloma humano em carcinomas de células escamosas na língua e amígdala palatina, demonstrada a localização específica deste vírus em células tumorais em locais pré-invasivos, invasivos e metástases em nódulos linfáticos, e comprovada a sua integração na estrutura genómica de alguns tumores (McCullough *et al.*, 2010; Sciubba, 2001). Por conseguinte, é plausível assumir que a infeção pelo HPV na mucosa oral aumente o risco de sofrer uma transformação maligna (Rautava e Syrjänen, 2013).

O cancro da orofaringe HPV-positivo é reconhecido como um subtipo distinto de cancro das células escamosas da cabeça e pescoço, sendo que estes doentes muitas vezes são jovens e apresentam boa saúde geral, tendo sido demonstrada uma taxa de sobrevivência e evolução clínica mais favorável nos carcinomas HPV-positivos em comparação com os negativos. É necessário um maior conhecimento acerca da biologia do tumor e identificação de marcadores clínicos adicionais para a avaliação apropriada do risco, com o objectivo de otimizar o tratamento para cada doente (Nagao *et al.*, 2011; Sciubba, 2001).

A prática de comportamentos sexuais específicos como sexo oral, história de relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo e história de contacto oral-anal encontram-se associados a um risco aumentado de desenvolvimento de cancro, em particular da língua, amígdala, e orofaringe, o que vem reforçar a possível associação com a infecção pelos sub-tipos de HPV (McCullough *et al.*, 2010).

2.3.4. Traumatismos crónicos da mucosa

As lesões traumáticas crónicas podem induzir o desenvolvimento tumoral em regiões com alterações genéticas tumorais já iniciadas (Oliveira, Ribeiro-Silva, e Zucoloto, 2006).

Traumatismos crónicos da mucosa oral provocados por lesões cariosas, raízes retidas, restaurações defeituosas ou próteses mal adaptadas devem ser tratados pela remoção da fonte de irritação e a lesão deve ser controlada durante duas semanas. Após este período, se houver persistência da lesão, deve ser realizada a biópsia (El-Mofty, 2010).

2.3.5. Predisposição familiar e genética

Actualmente existe reduzida evidência do efeito da predisposição familiar e genética no desenvolvimento de cancro oral, sendo necessários mais estudos (Shan *et al.*, 2003).

A associação entre a predisposição genética e o desenvolvimento de cancro oral não é significativa, no entanto, pode ser influenciada por factores ambientais. Desta forma, os membros da família em situação de risco devem evitar a exposição a factores de risco conhecidos, como o consumo de álcool e de tabaco (Shan *et al.*, 2003).

2.3.6. Dieta

A possível influência da dieta sobre o desenvolvimento de lesões potencialmente malignas e cancro tem também sido analisada. Mais especificamente, o possível papel da ingestão de micronutrientes, com um efeito antioxidante. Compostos naturais de carotenóides, selénio dietético; folato e vitaminas A, C e E têm sido considerados agentes que oferecem um efeito protector em relação ao desenvolvimento de cancro. Também o impacto da redução dos níveis séricos de certas vitaminas e nutrientes nos fumadores pode estar relacionado com o aumento do risco de desenvolver cancro oral (Sciubba, 2001).

Uma dieta saudável e equilibrada, rica em vegetais e frutas pode providenciar alguma protecção contra o cancro oral, enquanto uma dieta pobre nestes alimentos está associada ao aumento do risco de desenvolver cancro da cavidade oral (American Cancer Society, 2007).

2.3.7. Exposição solar

Muitos doentes que apresentam cancro labial possuem empregos ao ar livre, associados a exposição solar prolongada (American Cancer Society, 2007).

A história clínica deve incluir questões acerca da exposição solar e do uso de protector solar labial. O médico dentista deve enfatizar o forte risco de desenvolvimento de carcinoma de células escamosas do lábio como resultado da exposição solar (Sciubba, 2001).

2.3.8. Cirurgias e medicação

Deve constar na história clínica se o doente possui alguma história prévia de cirurgia, bem como o uso actual de qualquer medicação. Foi demonstrado um risco considerável de desenvolvimento de cancro em doentes que foram submetidos a transplante de órgãos e subsequentemente de terapia imunossupressora a longo prazo (Sciubba, 2001).

O aumento global no risco de desenvolvimento de cancro relacionado com complicações no transplante de fígado e imunossupressão prolongada tem sido demonstrado num nível de risco de 4,3 vezes o da população geral (Sciubba, 2001; Shan *et al.*, 2003).

Do mesmo modo, o risco de desenvolvimento de cancro em pacientes que tenham sido submetidos a transplante de medula óssea corresponde ao dobro em relação à restante população (Sciubba, 2001).

Doentes com vírus da imunodeficiência humana (VIH) manifestam maior risco para o desenvolvimento de neoplasias, especialmente o sarcoma de Kaposi, que comumente se apresenta na cavidade oral, e o linfoma, que ocasionalmente se apresenta como uma lesão na mucosa oral ou intraóssea na mandíbula. Por outro lado, não se observa a mesma relação com o carcinoma espinocelular da cavidade oral ou da faringe (Shan *et al.*, 2003).

3. LESÕES POTENCIALMENTE MALIGNAS

Em 1973, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu as lesões pré-malignas como “tecido morfológicamente alterado, mas com características benignas, que apresenta risco aumentado de transformação maligna em comparação com tecido homólogo aparentemente normal”, sendo exemplos a leucoplasia e a eritroplasia (World Health Organization, 1973).

A OMS definiu também o termo de condição pré-maligna como “estado geral, que não altera necessariamente o aspecto local do tecido, mas está associado a maior risco de desenvolvimento de cancro”, como por exemplo, fibrose submucosa, queilite actínica ou líquen plano (World Health Organization, 1973).

Mais tarde, num workshop da OMS, realizado em 2005, decidiu-se utilizar o termo “lesões potencialmente malignas” de modo a transmitir que nem todas as lesões descritas no presente termo se transformam obrigatoriamente em cancro (L. Barnes, Eveson, Reichart, e Sindransky, 2005; Nair, Pruthy, Pawar, e Chaturvedi, 2012).

Quando a mucosa do tracto aerodigestivo superior é exposta a diversos agentes carcinogénicos tende a acumular alterações citogenéticas, o que pode ter como consequência a formação de lesões malignas (Nair *et al.*, 2012).

Alguns tipos de cancro tendem a ser precedidos por uma lesão potencialmente maligna, no entanto, não existe actualmente nenhum factor clínico ou patológico definitivo, nem nenhum biomarcador, que permita prever com segurança a transformação maligna num doente individual (Amagasa, 2011; Angadi e Krishnapillai, 2012; Nair *et al.*, 2012).

As lesões com potencial de malignização encontram-se frequentemente associadas ao estilo de vida, como hábitos viciosos e próteses ou restaurações mal-adaptadas (Tannure, Barcelos, Carolina, e Carnasciali, 2012).

Anteriormente, o exame de detecção do cancro oral e de lesões potencialmente malignas tinha como base apenas o exame oral convencional. Hoje em dia, muitas técnicas auxiliares de diagnóstico estão disponíveis para complementar a triagem destes doentes, tais como o corante azul de toluidina, a citologia esfoliativa, a quimioluminescência ou a fluorescência tecidular (Nair *et al.*, 2012).

Se durante o exame clínico o médico dentista encontrar alterações na mucosa oral, deve decidir se estas alterações necessitam de ser controladas ou de uma investigação mais profunda, de modo a avaliar se se encontra perante uma lesão potencialmente maligna ou mesmo de um cancro num estadio inicial. É recomendada uma abordagem sistemática para a avaliação da lesão, incluindo uma história clínica abrangente, um exame clínico pormenorizado para a avaliação da existência de lesões malignas e potencialmente malignas na mucosa oral, exames complementares de diagnóstico e formulação de um diagnóstico, sendo que estes métodos devem ser adoptados como parte de uma rotina na prática diária na medicina dentária (McCullough *et al.*, 2010; Williams, Poh, Hovan, Ng, e Rosin, 2008).

Tem sido demonstrado que a presença de lesões potencialmente malignas constitui um importante preditor de transformação maligna. Lesões lisas, brancas, homogéneas, do tipo placas, denominadas leucoplasias, são as mais regularmente encontradas. No entanto, foi demonstrado que estas lesões apresentam uma taxa relativamente baixa de progressão maligna, independentemente do nível de displasia. Lesões de cor vermelha (eritroplasia) ou que apresentem cor branca e vermelha simultaneamente (eritroleucoplasia), apesar de mais raras, mostraram um risco mais elevado de transformação maligna (McCullough *et al.*, 2010). Para além destas lesões, outros estados patológicos podem ser considerados como potencialmente malignos, incluindo o líquen plano oral, fibrose submucosa oral ou lúpus eritematoso discóide (Messadi, 2013).

Desta forma, urge implementar programas de rastreio, especialmente para a população que apresenta comportamentos de alto risco para o desenvolvimento de cancro oral, entre eles os consumidores de tabaco e álcool (Nair *et al.*, 2012).

3.1. Leucoplasia

A leucoplasia corresponde à lesão potencialmente maligna mais estudada e mais frequente na cavidade oral. A Organização Mundial de Saúde, em 1978, definiu esta lesão como uma "placa ou mancha branca, não removível à raspagem e que não pode ser classificada clínica ou patologicamente como qualquer outra doença" (Kramer, Lucas, Pindborg, e Sobin, 1978). Deste modo, um processo de exclusão estabelece o diagnóstico da doença. O termo é estritamente clínico, não implicando uma alteração anatomopatológica específica do tecido, podendo apresentar uma superfície lisa, rugosa

ou verrugosa (McCullough *et al.*, 2010; Nair *et al.*, 2012; Silva, Carvalho, Silva, e Nagahama, 2007).

A nível mundial, a prevalência estimada da leucoplasia é de cerca de 2% (Nair *et al.*, 2012). Apresenta maior incidência no sexo masculino, especialmente entre a quarta e a sexta décadas de vida, podendo desenvolver-se em qualquer localização da mucosa oral. A mucosa jugal e as comissuras labiais são as localizações mais frequentemente afectadas, seguidas pela mucosa alveolar, língua, lábio, palato duro e mole, pavimento da boca e gengiva (Silva *et al.*, 2007).

A etiologia da leucoplasia permanece desconhecida, no entanto, o seu desenvolvimento tem sido relacionado com diversos factores, incluindo o tabaco, álcool, traumatismos crónicos, diabetes, infecções e exposição à radiação ultravioleta. O tabagismo representa o factor mais relevante, sendo que os fumadores são seis vezes mais propensos a desenvolver leucoplasia do que os não-fumadores. Não existe ainda um consenso sobre a possível relação da leucoplasia com a infecção pelo vírus do papiloma humano (Nair *et al.*, 2012; Silva *et al.*, 2007).

O seu diagnóstico baseia-se na apresentação clínica e na exclusão de outras doenças, através da análise anatomopatológica por biópsia ou citologia esfoliativa. O prognóstico é variável, encontrando-se directamente relacionado com a eliminação do factor etiológico principal, sendo que as leucoplasias não tratadas podem desaparecer por si só, aumentar ou diminuir de tamanho ao longo do tempo (Nair *et al.*, 2012; Silva *et al.*, 2007).

A frequência de alterações displásicas ou malignas varia entre 15,6 a 39,2% em vários estudos, sendo que as lesões que estão presentes no pavimento da boca, bordo lateral da língua e lábio inferior são mais propensas a apresentar esta transformação (McCullough *et al.*, 2010; Nair *et al.*, 2012; Silva *et al.*, 2007).

3.2. Eritroplasia

A OMS definiu em 1978 a eritroplasia como uma "mancha ou placa vermelha brilhante aveludada que não pode ser caracterizada clínica ou patologicamente como qualquer outra doença" (Kramer *et al.*, 1978; McCullough *et al.*, 2010; Nair *et al.*, 2012; Tannure *et al.*, 2012).

Qualquer localização da cavidade oral e orofaringe pode ser afectada. Geralmente estas lesões apresentam-se como uma lesão única o que representa uma característica

importante para o diagnóstico diferencial uma vez que lesões clinicamente semelhantes, como o líquen plano erosivo, lúpus eritematoso e candidíase eritematosa, se manifestam frequentemente de forma bilateral (Nair *et al.*, 2012; Tannure *et al.*, 2012).

Apresenta-se como uma alteração eritematosa plana ou com uma leve depressão na mucosa, de superfície lisa ou levemente granulosa, apresentando localização preferencial pelo pavimento da boca, língua, palato duro e mole (Tannure *et al.*, 2012).

Não é tão frequente como a leucoplasia, variando a sua incidência entre os 0,20% e os 0,38%. Ocorre predominante na meia-idade e idosos, não demonstrando preferência por nenhum dos sexos (Nair *et al.*, 2012).

A eritroplasia possui uma etiologia considerada controversa, podendo ser associada à exposição a agentes carcinogénicos, como o tabaco e o álcool, ou ocorrer de forma idiopática (Tannure *et al.*, 2012).

O seu diagnóstico é definido pela exclusão de outras lesões vermelhas, exigindo sempre confirmação pelo exame anatomopatológico (Tannure *et al.*, 2012).

A taxa de transformação maligna varia em torno dos 75 a 90%, tornando o diagnóstico da lesão um alerta para a possibilidade de desenvolvimento de cancro oral (Tannure *et al.*, 2012).

3.3. Líquen plano

Em 1869, Erasmus Wilson definiu o líquen plano como uma “patologia crónica mucocutânea, de etiologia desconhecida que pode afectar pele, unhas, couro cabeludo e mucosas, com uma histologia característica e um desenvolvimento crónico” (Wilson, 1869). Corresponde a uma doença autoimune que geralmente afecta pessoas de meia-idade, entre os 50 e os 59 anos, com uma forte predileção pelo sexo feminino (Nair *et al.*, 2012; Srinivas, Aravinda, Ratnakar, Nigam, e Gupta, 2011). A prevalência do líquen plano oral na população em geral varia de 1 a 2% (Srinivas *et al.*, 2011).

Os locais mais comuns para o desenvolvimento de líquen plano são a mucosa oral, língua e gengiva, no entanto, qualquer local da cavidade oral pode ser afectado. As lesões são frequentemente bilaterais e simétricas, o que as distingue da eritroleucoplasia (Nair *et al.*, 2012)

A OMS classifica o líquen plano oral como uma lesão com risco de transformação maligna e sugere que os pacientes com esta patologia devem ser mantidos sob estreita vigilância, uma vez que não existe um tratamento específico para prevenir esta

transformação (Georgakopoulou, Achtari, Achtaris, Foukas, e Kotsinas, 2012; Kramer *et al.*, 1978).

Não há consenso na literatura sobre o risco aumentado de desenvolvimento de carcinoma de células escamosas em doentes com líquen plano oral. A taxa de transformação maligna pode variar entre 1 a 3% (Eduardo, Tizeira, Aguas, e Sano, 2003; Georgakopoulou *et al.*, 2012). Alguns estudos atribuem uma taxa mais elevada, em especial aos tipos atrófico e erosivo (Nair *et al.*, 2012).

3.4. Lúpus Eritematoso

O lúpus eritematoso discóide pode ser definido com uma doença mucocutânea crónica autoimune de etiologia desconhecida, que pode afectar múltiplos órgãos (Kim, Rha, Yoo, e Lim, 2013; Uva *et al.*, 2012).

Constituem sinais desta patologia a presença de atrofia, o aparecimento de pequenas placas brancas queratinizadas de bordos elevados e telangiectasia. Podem ser observadas lesões na cavidade oral em cerca de 20% dos doentes com lúpus eritematoso. A sua transformação maligna para carcinoma espinocelular é muito rara (Kim *et al.*, 2013).

As zonas mais frequentemente afectadas são a mucosa oral, o palato duro e o vermelhão dos lábios. Pode apresentar várias manifestações clínicas podendo ser classificado em três tipos: discóide, eritematoso ou ulcerado, sendo que estas formas podem coexistir, resultando em edema e petéquias (Uva *et al.*, 2012).

3.5. Queilite actínica

A queilite actínica corresponde a uma lesão potencialmente maligna que ocorre predominantemente no lábio inferior, apresentando como principal factor etiológico a exposição prolongada à radiação ultravioleta (Main e Pavone, 1994; Martins, Antônio, Martins, e Bussadori, 2007). Afecta particularmente o sexo masculino, indivíduos de pele clara, de idades compreendidas entre os 40 e os 80 anos (Martins *et al.*, 2007).

Existem alguns estudos que visam estimar a probabilidade de transformação maligna desta patologia, como os de Koopmann Junio e Coulthard (1982) e Stanley e Roenigk (1988), que a avaliaram entre os 18 e os 20%, e os de Warnok *et al.* (1981) que estabeleceram uma estimativa de 12% (Martins *et al.*, 2007).

Segundo Main e Pavone (1994), todos os casos de carcinoma do lábio se desenvolvem a partir de queilites actínicas preexistentes, uma vez que não existem aspectos clínicos claros que permitam fazer a distinção entre carcinoma em estadio inicial e queilite (Main e Pavone, 1994).

3.6. Fibrose submucosa

A fibrose submucosa é definida como uma doença crónica incapacitante, caracterizada por fibrose da mucosa de revestimento do tracto digestivo superior, envolvendo a cavidade oral, orofaringe e, frequentemente, o terço superior do esófago (Angadi e Krishnapillai, 2012).

Uma vez que o consumo de noz de areca é considerado o principal factor etiológico para o desenvolvimento desta patologia, esta constitui um problema quase exclusivo do Sudeste da Ásia, especialmente da Índia, uma vez que é neste país onde ocorre uma maior utilização desta noz (Angadi e Krishnapillai, 2012). No entanto, outros factores podem ser considerados como etiológicos, como a ingestão de comidas picantes, processos genéticos e imunológicos e deficiências nutricionais (Nair *et al.*, 2012).

Não existe um consenso sobre a taxa de transformação maligna da fibrose submucosa, sendo que Nair *et al.* (2012) consideram que esta varia entre 3 a 6%, e Angadi e Krishnapillai (2012) entre 7 a 13%.

3.7. Detecção e manutenção das lesões potencialmente malignas

Apesar do avanço das abordagens cirúrgicas, do desenvolvimento de novas técnicas de reconstrução e avanços na radiação e oncologia médica, a solução mais efetiva para melhorar os resultados a longo prazo do carcinoma oral de células escamosas é o diagnóstico precoce conjuntamente com o tratamento adequado. Os médicos dentistas devem estar conscientes de que eventuais alterações na mucosa oral podem constituir um alerta para uma fase pré-invasiva ou precoce de cancro (Sciubba, 2001).

Se o médico dentista detectar uma lesão, o primeiro passo no processo de diagnóstico consiste na obtenção de uma história clínica completa. A informação pertinente inclui a duração da lesão, a sua progressão e quaisquer sintomas associados. Uma história médica completa, incluindo a utilização ou não de medicamentos, história dentária pregressa e actual, história familiar e hábitos são também fundamentais na determinação das causas sistémicas ou locais da lesão. O exame clínico é um passo vital no

diagnóstico de qualquer lesão, sendo que este deve ser constituído por 5 passos fundamentais: 1) observação; 2) palpação; 3) avaliação da mobilidade; 4) avaliação das medidas e, 5) registo fotográfico (James, Toner, e Stassen, 2011; Williams *et al.*, 2008).

A maioria das lesões potencialmente malignas apresentam-se de forma assintomática, sendo que o principal objetivo do tratamento é a prevenção e/ou detecção precoce da sua transformação maligna (Nair *et al.*, 2012). Segundo Nair *et al.* (2012), o tratamento destas lesões pode ser dividido em três categorias: a observação estreita, a excisão cirúrgica e o tratamento médico. Doentes que apresentem lesões pequenas em estadios iniciais, clinicamente benignas e em zonas favoráveis podem ser colocados em observação. No entanto, importa explicar-se ao doente a necessidade de consultas de controlo frequentes e a possibilidade de transformação maligna (Nair *et al.*, 2012).

Existem actualmente diversos métodos de detecção destas alterações como o exame e o autoexame oral, a biópsia, a citologia esfoliativa, a utilização de corantes como o azul de toluidina, sistemas de detecção baseados na emissão de luz, como a quimioluminescência e a fluorescência tecidual, e até métodos de diagnóstico com base na saliva. Estes métodos podem ser utilizados simultaneamente, complementando-se entre si, de modo a atingir um diagnóstico o mais fidedigno possível.

O exame oral convencional, através da utilização de luz incandescente, corresponde ao método de triagem mais frequentemente aplicado e aceite para a detecção de lesões, mostrando-se particularmente útil no exame de localizações facilmente acessíveis, como a mucosa oral, língua e pavimento da boca. No entanto, apresenta grande tendência para falsos positivos e negativos (McCullough *et al.*, 2010; Nair *et al.*, 2012).

A realização de uma biópsia seguida de exame anatomopatológico continua a ser considerada o método de diagnóstico de eleição para estas patologias (McCullough *et al.*, 2010; Nair *et al.*, 2012). Idealmente, deve realizar-se biópsia a qualquer alteração suspeita observada, no entanto, por representar uma técnica invasiva que provoca a formação de cicatrizes e zonas de contractura, não pode ser utilizada para o rastreio de todas as lesões, devendo sim ser empregue como um meio auxiliar, em conjunto com outras técnicas de diagnóstico (Nair *et al.*, 2012; Sciubba, 2001).

A ablação a laser também tem sido defendida para a erradicação de lesões potencialmente malignas, apresentando como vantagem, em relação à excisão, a reduzida formação de cicatrizes (Nair *et al.*, 2012).

4. PAPEL DO MÉDICO DENTISTA NA PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE DO CANCRO ORAL

A maior parte dos cancros orais são diagnosticados em fases avançadas da sua evolução, o que pode ser consequência da ausência de sintomatologia da doença na sua fase inicial, da falta de preparação dos médicos dentistas para a sua detecção ou da ansiedade provocada pela doença e falta de informação da população. Alguns dos doentes não procuram tratamento até existir dor, ulceração persistente, hemorragias espontâneas ou a existência de um nódulo na cavidade oral ou na zona do pescoço, altura em que a doença já se encontra num estadio muito avançado (MacCarthy *et al.*, 2011; McCullough *et al.*, 2010; I. V. Santos *et al.*, 2011; Silverman *et al.*, 2010).

A adopção de estratégias preventivas eficazes, educacionais e de prevenção precoce pode actuar para que tanto o cancro oral como alterações potencialmente malignas sejam detectados ainda na sua fase assintomática (Nagao *et al.*, 2011).

O diagnóstico precoce do cancro oral fornece maiores possibilidades de cura, uma vez que o tratamento desta patologia numa fase avançada, para além de acarretar custos mais elevados, quando não leva a óbito é, muitas vezes, mutilante (I. V. Santos *et al.*, 2011; Silverman *et al.*, 2010).

O diagnóstico pode ser estabelecido durante a fase pré-neoplásica ou em fases incipientes de evolução da doença, nas quais as hipóteses de cura são bastante elevadas. Para essa detecção realiza-se um exame pormenorizado da cavidade oral, contemplando não só os dentes, como todas as mucosas, incluindo a língua (I. V. Santos *et al.*, 2011).

Se for realizado um diagnóstico precoce, o prognóstico é excelente, apresentando uma taxa de sobrevivência aos cinco anos entre os 80 e os 90%. Contudo, mais de 60% dos cancros orais são diagnosticados em estadios avançados, muitos deles manifestando já disseminação regional, através dos nódulos linfáticos, ou à distância, por disseminação sanguínea, manifestando metástases. Nestes casos, o prognóstico de sobrevivência aos cinco anos é muito reduzido, apresentando-se perto dos 50%. O diagnóstico precoce e a consciencialização representam factores chave para combater a patologia (MacCarthy *et al.*, 2011; McAlister, 2011; Poh *et al.*, 2006).

Não se compreende a reduzida taxa de casos de cancro oral detectados em estadios precoces, uma vez que a localização da cavidade oral é bastante acessível ao exame

clínico e à detecção de qualquer alteração na mucosa oral. O cancro oral é frequentemente precedido por uma lesão potencialmente maligna que pode ser identificada antes da sua progressão de displasia para cancro oral, uma vez que esta transformação pode levar anos (Poh *et al.*, 2006).

A prevenção primária do cancro oral consiste, fundamentalmente, na implementação de medidas de eliminação dos principais factores etiológicos conhecidos, como o álcool e o tabaco. O exame físico da cavidade oral para detecção precoce de lesões potencialmente malignas e tumores não sintomáticos corresponde a uma estratégia de prevenção secundária, a partir da qual se espera viabilizar o diagnóstico da doença nos seus estadios iniciais e, assim, possibilitar um melhor prognóstico, através da pronta e efectiva intervenção terapêutica (I. V. Santos *et al.*, 2011).

Os médicos dentistas desempenham um papel primordial na prevenção do cancro oral, especificamente a nível da prevenção primária e secundária, no reconhecimento dos grupos de risco e na adopção de práticas clínicas que conduzam ao diagnóstico precoce de lesões suspeitas (I. V. Santos *et al.*, 2011). Estes profissionais devem ter a capacidade de detectar alterações na mucosa, que podem corresponder a lesões potencialmente malignas ou malignas, por meio do exame clínico, bem como ser capazes de avaliar possíveis factores de risco relacionados. Nesse contexto, o profissional poderá contribuir para o diagnóstico precoce do cancro oral e, por conseguinte, para o sucesso do seu tratamento. Factores de risco, incidência, diagnóstico precoce, autoexame, tipos e técnicas de biopsia, modalidades de tratamento e reabilitação são questões que devem ser cada vez mais incorporadas no quotidiano do médico dentista. No entanto, vários indícios, como a persistência do cancro oral como problema relevante de saúde e as elevadas taxas de cancros diagnosticados em fases tardias da sua evolução, indicam que tal pressuposto não tem sido observado (I. V. Santos *et al.*, 2011). O médico dentista deve considerar todos os doentes como sendo de risco e agir em conformidade no preenchimento da história clínica e nas fases do exame objectivo (Sciubba, 2001).

O ensino da oncologia nas escolas de medicina dentária, e a educação dos profissionais de saúde e da população em geral, com ênfase na prevenção e no diagnóstico de lesões potencialmente malignas e malignas é fundamental para a redução dos indicadores de mortalidade, promovendo uma consciencialização sobre a doença (I. V. Santos *et al.*, 2011; Silverman *et al.*, 2010).

Para além da importância da medicina dentária na prevenção e diagnóstico do cancro oral, após o diagnóstico desta patologia estes agentes desempenham também um papel fundamental como parte integrante da equipa multidisciplinar de tratamento, avaliando a necessidade de realização de tratamentos antes do início da terapia, contribuindo para atenuar os possíveis efeitos colaterais e crónicos que podem derivar da terapia. Podem igualmente actuar na reabilitação auxiliando o retorno do doente para a família e sociedade com uma qualidade de vida aceitável (Silverman *et al.*, 2010). O tratamento das doenças oncológicas apresenta importantes repercussões na cavidade oral, sendo exemplo destas complicações, a mucosite, alterações do paladar, malformações do órgão dentária, xerostomia, infecções virais, bacterianas e fúngicas, hipersensibilidade dentinária, cáries dentárias, trismus, osteoradionecrose ou dificuldade na deglutição, sendo nestes factores que o médico dentista pode actuar com o objectivo de melhorar a qualidade de vida do doente durante o tratamento oncológico (Palmela e Salvado, 2010).

4.1. Importância da primeira consulta

O desafio para o diagnóstico precoce enfatiza a necessidade da educação da população em geral e dos profissionais de saúde, entre eles os médicos dentistas, sobre a importância da examinação periódica e sistemática do cancro oral para a detecção de lesões potencialmente malignas e cancros em estadios precoces (Silverman *et al.*, 2010).

Após a realização de uma história clínica detalhada deve proceder-se a um exame clínico meticuloso, incluindo a inspecção extra e intraoral e a avaliação de possíveis lesões nas mucosas (Williams *et al.*, 2008).

MacCarthy *et al.* sugeriram, em 2011, um protocolo de exame para detecção do cancro oral, que deve ser realizado em todas as consultas de medicina dentária. Este exame requer a utilização de iluminação adequada, dois espelhos intraorais dentários e luvas. O exame é realizado com o doente sentado confortavelmente e, se existirem, as próteses removíveis devem ser retiradas antes de iniciar o exame. Os tecidos extraorais e periorais devem ser examinados em primeiro lugar, seguidos pelos tecidos intraorais (MacCarthy *et al.*, 2011).

4.1.1. Primeiro passo: avaliação extraoral

O doente deve estar sentado, relaxado e com a área do pescoço exposta desde o maxilar até à clavícula (Figura 1). O examinador deve inclinar a cabeça para a área que está a ser examinada, de modo a permitir que os músculos da zona relaxem e a palpação seja facilitada. Os lados esquerdo e direito do pescoço não devem ser analisados simultaneamente (MacCarthy *et al.*, 2011).



Figura 1- Zona do pescoço exposta para exame



Figura 2 - Triângulo submentoniano



Figura 3 - Triângulo submandibular

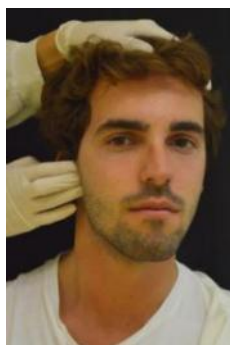


Figura 4 - Zona pré-auricular

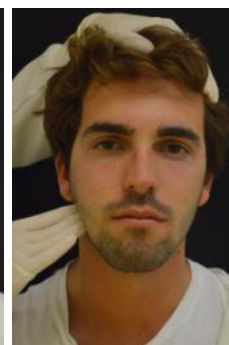


Figura 5 - Parótida



Figura 6 - Zona auricular posterior

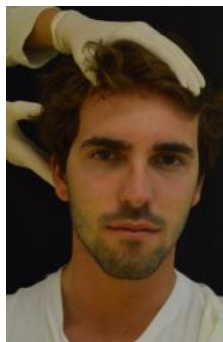


Figura 7 - Triângulo occipital

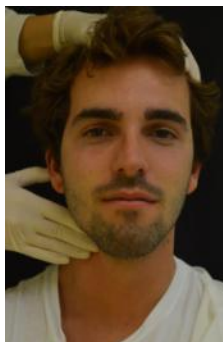


Figura 8 - Nódulo júgulo-digástrico



Figura 9 - Nódulo júgulo-omohioide

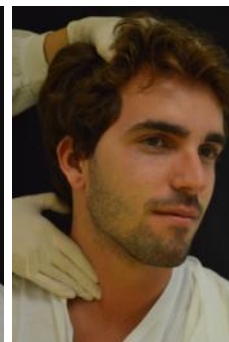


Figura 10 - Triângulo posterior

A avaliação extraoral inclui a inspeção da face, orelhas, cabeça e pescoço, de modo a avaliar qualquer assimetria ou alterações na pele, como crostas, fissuras, tumores, nódulos ou alterações de coloração. Deve realizar-se também a palpação dos nódulos linfáticos do pescoço, devendo ter em atenção qualquer aumento de tamanho. Se este for detectado, deve determinar-se o tamanho, mobilidade e consistência dos nódulos. Uma ordem recomendada para o exame dos nódulos linfáticos é iniciar no triângulo submentoniano com a cabeça inclinada para a frente, depois o triângulo submandibular

(Figuras 2 e 3), a glândula parótida, a área pré-auricular, pós-auricular e a área e triângulo occipital (Figuras 4, 5, 6, e 7). O mesmo processo deve ser realizado em ambos os lados. De seguida, deve palpar-se o nódulo cervical superior (júgulo-digástrico), os nódulos cervicais inferiores (júgulo-omohióide) e, finalmente, o triângulo posterior (Figuras 8, 9 e 10). O mesmo processo deve ser repetido para ambos os lados. É importante também o exame da glândula parótida e a palpação bimanual das glândulas submandibular e sublingual (Figura 11) (MacCarthy *et al.*, 2011).

4.1.2. Segundo passo: lábios

Realizar a observação dos lábios com a boca do doente, tanto fechada como aberta. Avaliar a cor, textura e quaisquer alterações de superfície no vermelhão. Avaliar a sensibilidade e a movimentação dos lábios (Figura 12) (MacCarthy *et al.*, 2011).

4.1.3. Terceiro passo: mucosa labial e oral

Com a boca do doente parcialmente aberta, examinar visualmente a mucosa labial e oral e os sulcos do vestíbulo maxilar, mandibular e os freios. Avaliar qualquer alteração de cor, textura e a presença de edemas ou endurecimentos na mucosa vestibular e gengiva (Figuras 13, 14 e 15) (MacCarthy *et al.*, 2011).

4.1.4. Quarto passo: gengiva

Devem examinar-se os sulcos gengivais e alveolares, iniciando na crista gengival e alveolar posterior do maxilar direito e, em seguida, movendo-se em torno do arco para a área posterior esquerda. Avaliar a gengiva mandibular posterior, a área retromolar e o rebordo alveolar esquerdo e mover-se em torno do arco para a área posterior direita. Em seguida, examinar a zona palatina e lingual (Figura 16) (MacCarthy *et al.*, 2011).



Figura 11 - Glândulas sublingual e submandibular



Figura 12 - Lábios



Figura 13 - Mucosa labial maxilar



Figura 14 - Mucosa labial mandibular



Figura 15 - Mucosa oral



Figura 16 - Gengiva

4.1.5. Quinto passo: língua

Com a língua do doente em repouso e boca aberta, inspecionar o dorso da língua para detectar qualquer edema, ulceração ou variação de tamanho, cor ou textura. Pedir ao doente para projetar a língua e avaliar qualquer alteração na mobilidade, fixação ou dor ao movimento (Figura 17). Deslizar suavemente o dedo indicador ao longo dos bordos laterais da língua para detectar qualquer endurecimento (Figura 20).

O exame do terço posterior da língua (orofaringe) pode ser difícil. De forma a facilitar-se o acesso, deve segurar-se a ponta da língua com uma compressa para auxiliar na sua protusão completa e utilizar-se um espelho intraoral para avaliar as zonas mais posteriores (MacCarthy *et al.*, 2011).

4.1.6. Sexto passo: pavimento da boca

Pedir ao doente para colocar a língua no palato e inspecionar e palpar o pavimento da boca (Figura 18). Procurar alterações na cor e textura, presença de edemas ou outras alterações. As irregularidades são mais facilmente detectadas se for utilizada uma compressa para remover a saliva do pavimento da boca e para auxiliar a manter a língua na posição desejada.

Pedir ao doente para mover a língua para a esquerda e examinar a face lateral, observar e palpar a bolsa lingual, que se situa entre a língua e a área molar inferior, representado um local de alto risco para o aparecimento de alterações, que passa frequentemente despercebida (Figura 19). Repetir o mesmo processo para o lado direito (MacCarthy *et al.*, 2011).

4.1.7. Oitavo passo: palato duro e palato mole

Com a boca aberta e a cabeça inclinada para trás, pressionar suavemente a base da língua com um espelho intraoral. Deve inspeccionar-se o palato duro e mole para detectar a presença de manchas brancas ou vermelhas e palpar a zona para a detecção de qualquer endurecimento (Figuras 21 e 22) (MacCarthy *et al.*, 2011).



Figura 17 - Dorso da língua



Figura 18 - Ventre da língua



Figura 19 - Bolsa lingual



Figura 20 - Bordo lateral da língua



Figura 21 - Palato duro



Figura 22 - Palato mole e amígdala

5. MATERIAIS E MÉTODOS

5.1. Caracterização do estudo

O presente estudo caracteriza-se como quantitativo, observacional e transversal.

5.2. Objectivos

5.2.1. Geral

Estudo dos conhecimentos, práticas clínicas e opiniões em medicina dentária relativamente à prevenção e diagnóstico precoce do cancro oral.

5.2.2. Específicos

- Avaliar a relação entre as práticas clínicas utilizadas pelos alunos do 4º e 5º ano de medicina dentária e médicos dentistas, tendo em vista a detecção e o diagnóstico precoce de alterações orais;
- Avaliar o conhecimento dos alunos de medicina dentária e médicos dentistas no que diz respeito ao cancro oral, nomeadamente os tipos mais frequentes, a região anatómica e género mais afectados, a faixa etária de maior incidência, os sintomas mais comuns num estadio inicial, a alteração oral mais frequente, o estadio onde mais frequentemente se processa o diagnóstico e os principais factores de risco para o seu desenvolvimento;
- Auscultar a opinião dos alunos de medicina dentária e médicos dentistas no que diz respeito a possíveis causas para o diagnóstico tardio do cancro oral, à necessidade de acções formativas acerca da doença, ao papel da medicina dentária na sua prevenção e diagnóstico precoce e ao conhecimento próprio e da população em geral acerca de aspectos preventivos e de diagnóstico do cancro oral.

5.3. População e amostra

O presente estudo tem por base a elaboração de questionários que permitam avaliar os conhecimentos, práticas clínicas e opiniões de alunos de medicina dentária e de médicos dentistas sobre o cancro oral. Foi realizado entre Abril e Julho de 2013, após aprovação da Comissão Científica e da Comissão de Ética do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.

O questionário utilizado neste trabalho tem por base uma adaptação do questionário desenvolvido por Horowitz *et al.* (2000), posteriormente testado e adaptado por Dib (2003), originalmente constituído por 37 questões de escolha múltipla. Para a realização desta investigação utilizou-se um questionário constituído por 23 questões.

Foram realizados 90 questionários a uma amostra aleatória de médicos dentistas e estudantes do 4º e 5º ano de medicina dentária do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, sendo que 30 foram respondidos por alunos do 4º ano, 30 foram respondidos por alunos do 5º ano e os restantes 30 foram respondidos por médicos dentistas já formados, sendo que todos os participantes autorizaram a sua participação e assinaram um consentimento informado.

Foram avaliados, entre outros factores, os conhecimentos gerais acerca do cancro oral, como sinais e sintomas, localizações mais frequentes, tipos de cancro mais comuns, faixa etária e género mais frequentes, factores de risco para o desenvolvimento de cancro oral e práticas clínicas utilizadas no exame geral da cavidade oral que possam levar à identificação de lesões.

5.4. Critérios de selecção

5.4.1. Critérios de inclusão

- Alunos do 4º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz (ano lectivo 2012/2013);
- Alunos do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz (ano lectivo 2012/2013);
- Médicos dentistas já formados.

5.5. Análise estatística

Foram analisadas as respostas aos questionários e realizado um estudo através da análise estatística descritiva. A análise primária foi realizada com recurso ao *software SPSS Statistics 20.0.0*, e recorreu-se ao *software Microsoft Office Excel* para a elaboração e aprimoramento de algumas figuras apresentadas.

6. RESULTADOS

6.1. Caracterização geral

6.1.1. Idade

A amostra compreende idades entre os 21 e os 60 anos. Apesar da grande amplitude verificada no intervalo das idades dos inquiridos, a maior parte deles apresentava-se como adultos jovens com idades médias de 22.54 anos, no que respeita aos estudantes de medicina dentária e 34.40 anos, nos médicos dentistas (Tabela 1).

	Estudante Medicina Dentária				Médico Dentista			
	<i>Média</i>	<i>Mínima</i>	<i>Máxima</i>	σ^1	<i>Média</i>	<i>Mínima</i>	<i>Máxima</i>	σ^1
<i>Idade</i>	22.54	21	32	1.643	34.40	23	60	9.361

Tabela 1 - Valor médio, mínimo, máximo e desvio padrão da idade

6.1.2. Género

Foram realizados questionários a 90 indivíduos, sendo que 60 constituem alunos de medicina dentária e 30 médicos dentistas. Dos alunos de medicina dentária 46 (76.7%) eram do sexo feminino e 14 (23,3%) do sexo masculino. Relativamente aos médicos dentistas já formados, 15 (50.0%) eram do sexo feminino e 15 (50.0%) eram do sexo masculino. No total, o estudo compreendeu 61 inquiridos do sexo feminino (67.8%) e 29 do sexo masculino (32.2%) (Tabela 2, Figura 23).

Género	Estudante de Medicina Dentária		Médico Dentista		Total	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Feminino</i>	46	76.7	15	50.0	61	67.8
<i>Masculino</i>	14	23.3	15	50.0	29	32.2
<i>Total</i>	60	100	30	100	90	100

Tabela 2 - Distribuição da amostra por género

¹ σ – Desvio padrão.

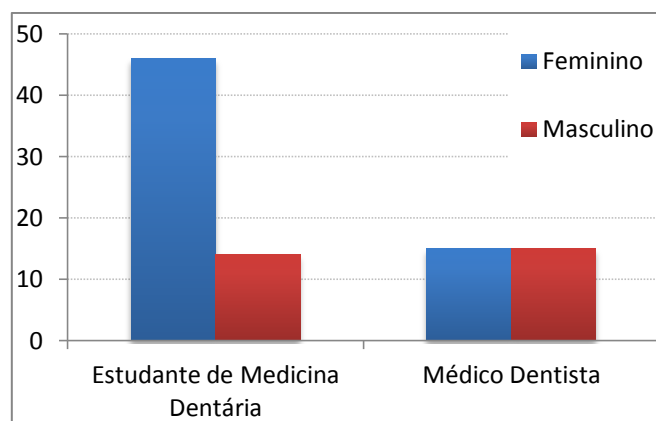


Figura 23 - Distribuição da amostra por género

6.1.3. Nível de formação

Relativamente ao nível de formação dos médicos dentistas, pode observar-se uma relativa distribuição temporal dos anos de experiência profissional, sendo que 8 (26.7%) terminaram o curso até há 2 anos, 7 (23.3%) formaram-se há 2 a 10 anos, 10 (33.3%) há 10 a 20 anos e 5 (16,7%) há mais de 20 anos (Tabela 3, Figura 24).

Nível de formação	Até 2 anos	2 a 10 anos	10 a 20 anos	Mais de 20 anos	Total
<i>N</i>	8	7	10	5	30
<i>%</i>	26.7	23.3	33.3	16.7	100

Tabela 3 - Distribuição da amostra por nível de formação

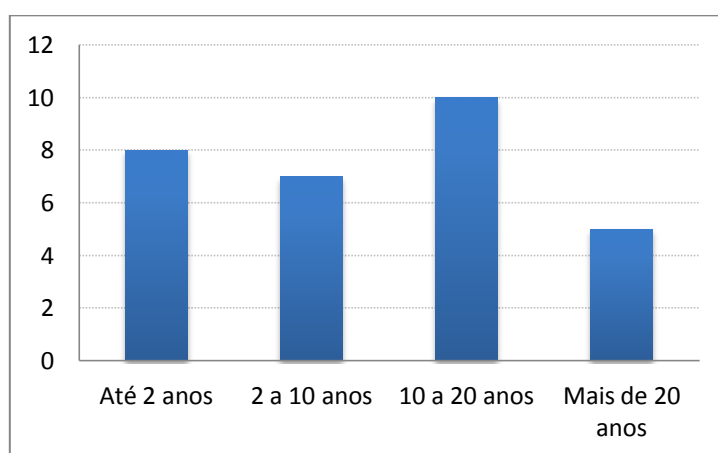


Figura 24 - Distribuição da amostra por nível de formação

6.2. Questões específicas acerca do cancro oral

6.2.1. Exame geral da cavidade oral incluindo avaliação das mucosas

Como se pode observar na Tabela 4, que diz respeito à frequência de realização de um exame geral da cavidade oral na primeira consulta, incluindo a avaliação das mucosas, de toda a amostra inquirida, 60 (66.7%) responderam “sempre”, 24 (26.7%) “frequentemente” e 6 (6.6%) “às vezes”, sendo que ninguém optou pelas opções “raramente” e “nunca”. Dos Estudantes do 4º ano, 21 (70.0%) responderam “sempre”, 8 (26.7%) “frequentemente” e 1 (3.3%) “às vezes”. Dos estudantes do 5º ano, 21 (70.0%) responderam “sempre”, 7 (23.3%) “frequentemente” e 2 (6.7%) “às vezes”. Relativamente aos médicos dentistas, 18 (60.0%) responderam “sempre”, 9 (30.0%) “frequentemente” e 3 (10.0%) “às vezes” (Figura 25).

Exame geral da cavidade oral	Estudante 4º ano		Estudante 5º ano		Médico Dentista		Total	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
<i>Sempre</i>	21	70.0	21	70.0	18	60.0	60	66.7
<i>Frequentemente</i>	8	26.7	7	23.3	9	30.0	24	26.7
<i>Às vezes</i>	1	3.3	2	6.7	3	10.0	6	6.6
<i>Raramente</i>	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<i>Nunca</i>	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<i>Total</i>	30	100	30	100	30	100	90	100

Tabela 4 - Distribuição da amostra de acordo com a realização de exame geral da cavidade oral

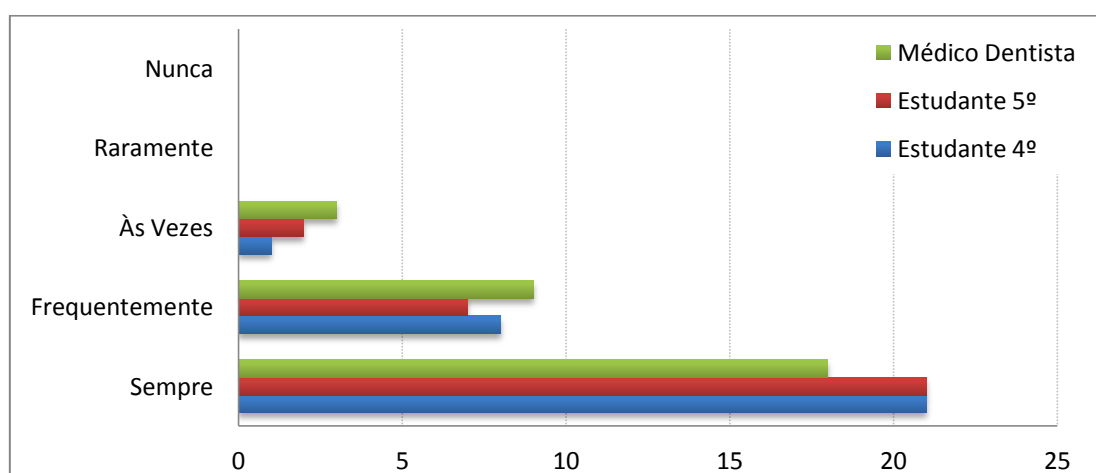


Figura 25 - Distribuição da amostra de acordo com a realização de exame geral da cavidade oral

6.2.2. Palpação dos nódulos linfáticos da cabeça e pescoço

Como se pode observar na Tabela 5, dos 90 indivíduos inquiridos 85 (95.5%) consideram a palpação dos nódulos linfáticos da cabeça e pescoço como factor essencial no exame do cancro oral tendo respondido “sim”, 2 (2.2%) responderam “não” e 3 (2.3%) não sabem ou optaram por não responder. Dos estudantes do 4º ano, 27 (90.0%) responderam “sim”, 1 (3.3%) respondeu “não” e 2 (6.7%) não sabem ou optaram por não responder. A grande maioria dos alunos do 5º ano (n=29, 96.7%) respondeu “sim”. Em relação aos médicos dentistas, 29 (96.7%) responderam “sim” e apenas 1 (3.3%) respondeu negativamente (Figura 26).

Exame geral da cavidade oral	Estudante 4º ano		Estudante 5º ano		Médico Dentista		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Sim</i>	27	90.0	29	96.7	29	96.7	85	95.5
<i>Não</i>	1	3.3	0	0.0	1	3.3	2	2.2
<i>NS/NR</i>	2	6.7	0	0.0	0	0.0	3	2.3
<i>Total</i>	30	100	29	96.7	30	100	89	100

Tabela 5 - Distribuição da amostra relativamente à palpação dos nódulos linfáticos da cabeça e pescoço como factor essencial no exame

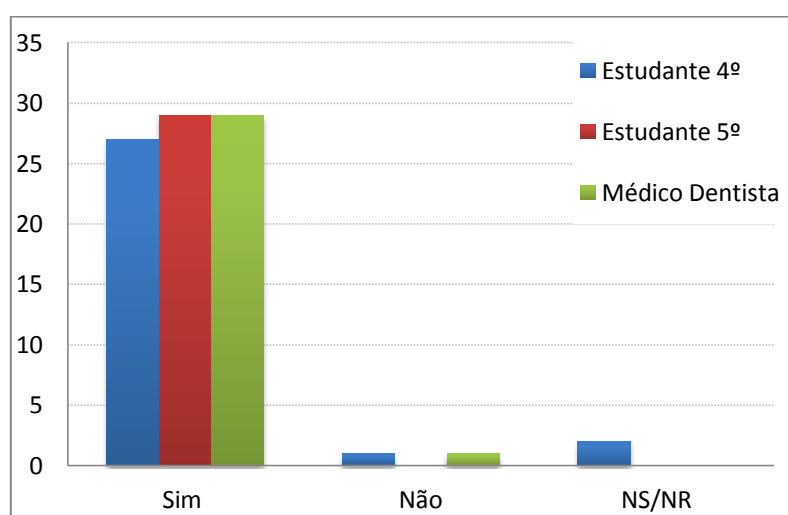


Figura 26 - Distribuição da amostra relativamente à palpação dos nódulos linfáticos da cabeça e pescoço como factor essencial no exame

6.2.3. Orientação do doente para o autoexame oral

Em relação à orientação do doente para o autoexame oral, da totalidade da amostra 2 (2.2%) responderam “sempre”, 20 (22.2%) “frequentemente”, 31 (34.4%) “às vezes”, 27 (30.1%) “raramente” e 10 (11.1%) “nunca” (Tabela 6, Figura 27). Dos estudantes do 4º ano, 1 (3.3%) afirma “sempre”, 7 (23.3%) “frequentemente”, 9 (30.0%) “às vezes”, 8 (26.7%) “raramente” e 5 (16.7%) afirmam “nunca” realizá-lo. No que se refere aos estudantes do 5º ano, ninguém responde “sempre”, 5 (16.7%) “responderam frequentemente”, 11 (36.7%) “às vezes”, 12 (40.0%) “raramente” e 2 (6.6%) “nunca”. No que diz respeito aos médicos dentistas, 1 (3.3%) respondeu realizar “sempre” o exame, 8 (26.7%) “frequentemente”, 11 (36.7%) “às vezes”, 7 (23.3%) “raramente” e 3 (10.0%) “nunca”.

Orientação autoexame oral	Estudante 4º ano		Estudante 5º ano		Médico Dentista		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Sempre</i>	1	3.3	0	0.0	1	3.3	2	2.2
<i>Frequentemente</i>	7	23.3	5	16.7	8	26.7	20	22.2
<i>Às vezes</i>	9	30.0	11	36.7	11	36.7	31	34.4
<i>Raramente</i>	8	26.7	12	40.0	7	23.3	27	30.1
<i>Nunca</i>	5	16.7	2	6.6	3	10.0	10	11.1
<i>Total</i>	30	100	30	100	30	100	90	100

Tabela 6 - Distribuição da amostra de acordo com a orientação para o autoexame oral

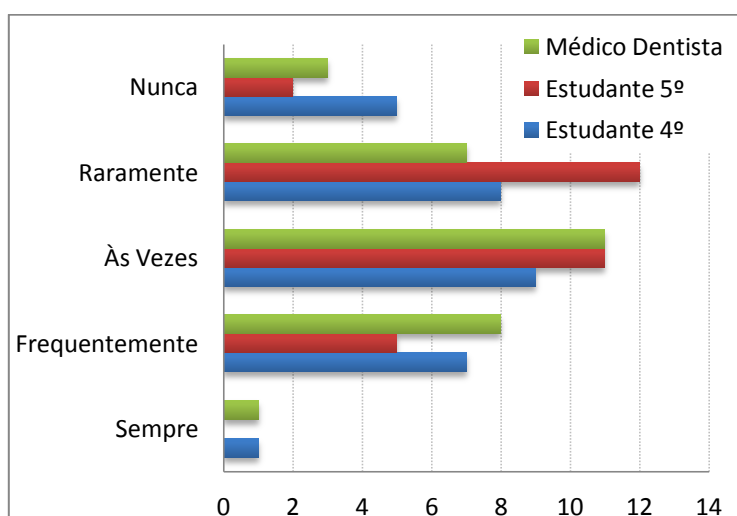


Figura 27 - Distribuição da amostra de acordo com a orientação para o autoexame oral

6.2.4. Tipo de cancro oral mais comum

Como se pode observar na Tabela 7, na totalidade da amostra a maior parte (n=70, 77.8%) considera o “carcinoma espinocelular” como o tipo de cancro oral mais comum, 9 inquiridos (10.0%) consideram o “linfoma”, 1 (1.1%) o “sarcoma de kaposi”, 6 (6.7%) o “ameloblastoma” e 4 (4.4%) não sabem ou optaram por não responder. Em relação aos estudantes do 4º ano, 5 (16.7%) responderam “linfoma”, 18 (60.0%) “carcinoma espinocelular”, 1 (3.3%) “sarcoma de kaposi”, 3 (10.0%) “ameloblastoma” e 3 (10.0%) não sabem ou optaram por não responder. Dos estudantes do 5º ano, 30 (100.0%) responderam “carcinoma espinocelular”. No que diz respeito aos médicos dentistas, 4 (13.3%) responderam “linfoma”, 22 (73.3%) “carcinoma espinocelular”, 3 (10.0%) responderam “ameloblastoma” e 1 (3.3%) não sabe ou optou por não responder (Figura 28).

Tipo de cancro oral	Estudante 4º ano		Estudante 5º ano		Médico Dentista		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Linfoma</i>	5	16.7	0	0.0	4	13.4	9	10.0
<i>Carcinoma Espinocelular</i>	18	60.0	30	100.0	22	73.3	70	77.8
<i>Sarcoma de Kaposi</i>	1	3.3	0	0.0	0	0.0	1	1.1
<i>Ameloblastoma</i>	3	10.0	0	0.0	3	10.0	6	6.7
<i>NS/NR</i>	3	10.0	0	0.0	1	3.3	4	4.4
Total	30	100	30	100	30	100	90	100

Tabela 7- Distribuição da amostra de acordo com o tipo de cancro oral mais comum

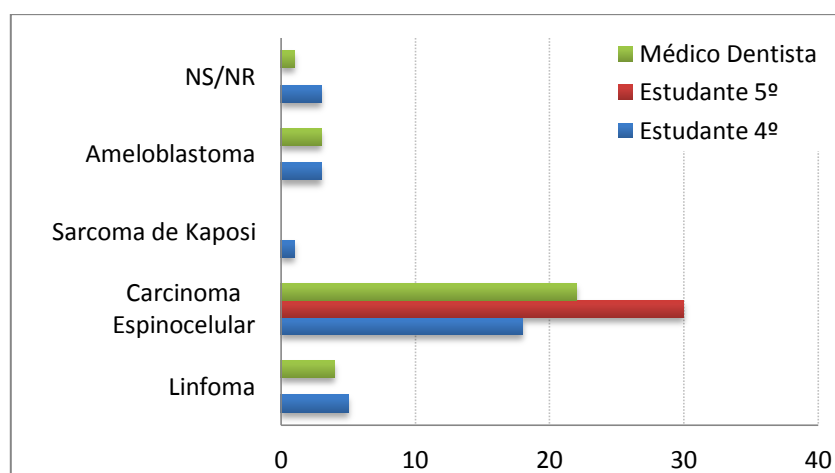


Figura 28 - Distribuição da amostra de acordo com o tipo de cancro oral mais comum

6.2.5. Região anatômica mais frequente

Em relação à região anatômica onde o aparecimento de cancro oral é mais frequente, das 90 pessoas inquiridas, 39 (43.3%) responderam “língua”, 3 (3.3%) “gengiva”, 33 (36.6%) “pavimento da boca”, 5 (5.6%) “palato”, 5 (5.6%) não sabem ou optaram por não responder e 5 (5.6%) consideram “outro local”. Dos alunos do 4º ano, a maioria (n=15, 50.0%) optou pelo “pavimento da boca”, 3 (10.0%) responderam “língua”, 1 (3.3%) “gengiva”, 5 (16.7%) “palato”, 4 (13.3%) não sabem ou optaram por não responder e 2 (6.7%) consideram “outro local”. Dos alunos do 5º ano, 20 (66.7%) responderam “língua” e 10 (33.3%) “pavimento da boca”. Relativamente aos médicos dentistas, 16 (53.3%) responderam “língua”, 2 (6.7%) “gengiva”, 8 (26.7%) “pavimento da boca”, 1 (3.3%) não sabe ou optou por não responder e 3 (10.0%) consideram “outro local” como o mais frequente para o desenvolvimento de cancro oral (Tabela 8, Figura 29).

Região anatômica	Estudante 4º ano		Estudante 5º ano		Médico Dentista		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Língua	3	10.0	20	66.7	16	53.3	39	43.3
Gengiva	1	3.3	0	0.0	2	6.7	3	3.3
Pavimento da boca	15	50.0	10	33.3	8	26.7	33	36.6
Palato	5	16.7	0	0.0	0	0.0	5	5.6
NS/NR	4	13.3	0	0.0	1	3.3	5	5.6
Outro	2	6.7	0	0.0	3	10.0	5	5.6
Total	30	100	30	100	30	100	90	100

Tabela 8 - Distribuição da amostra de acordo com a região anatômica mais frequente para o aparecimento de cancro oral

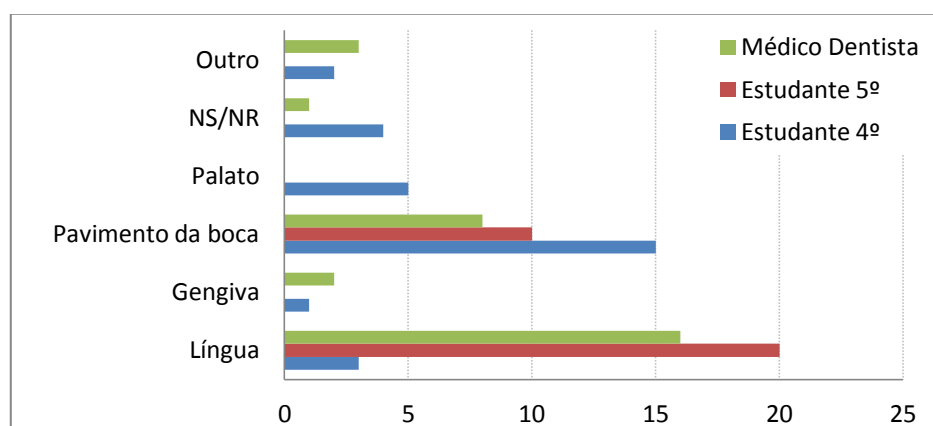


Figura 29 - Distribuição da amostra de acordo com a região anatômica mais frequente para o aparecimento de cancro oral

6.2.6. Género mais frequente

No que respeita ao género mais afetado pelo cancro oral, da totalidade de inquiridos 12 (13.3%) responderam “feminino”, 68 (75.6%) “masculino” e 10 (11.1%) não sabem ou optaram por não responder. Dos estudantes do 4º ano, 5 (16.7%) responderam “feminino”, 20 (66.6%) “masculino” e 5 (16.7%) não sabem ou optaram por não responder. Em relação aos alunos do 5º ano, 3 (10.0%) responderam “feminino” e 27 (90.0%) “masculino”. Dos médicos dentistas, 4 (13.3%) responderam “feminino”, 21 (70.0%) “masculino” e 5 (16.7%) não sabem ou optaram por não responder (Tabela 9, Figura 30).

Sexo	Estudante 4º ano		Estudante 5º ano		Médico Dentista		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Feminino</i>	5	16.7	3	10.0	4	13.3	12	13.3
<i>Masculino</i>	20	66.6	27	90.0	21	70.0	68	75.6
<i>NS/NR</i>	5	16.7	0	0.0	5	16.7	10	11.1
<i>Total</i>	30	100	30	100	30	100	90	100

Tabela 9 - Distribuição da amostra de acordo com o sexo mais frequentemente afectado pelo cancro oral

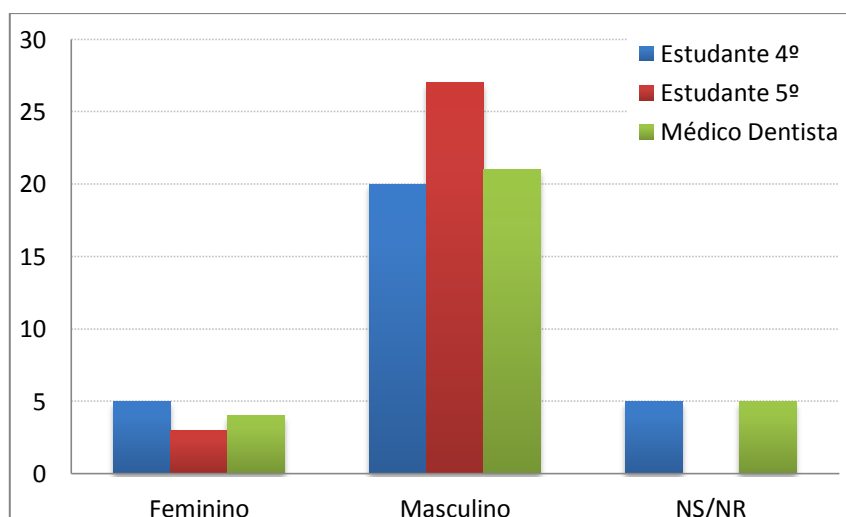


Figura 30 - Distribuição da amostra de acordo com o sexo mais frequentemente afectado pelo cancro oral

6.2.7. Faixa etária mais frequentemente afectada

De acordo com a Tabela 10 sobre a faixa etária mais frequentemente afectada pelo cancro oral, da totalidade da amostra, ninguém respondeu às faixas etárias referentes a “menores de 9 anos” ou entre os “10 e 18 anos”, 10 (11.1%) consideram a faixa etária

dos “19 aos 39 anos”, 75 (83.3%) consideram os “maiores de 40 anos” e 5 (5.6%) não sabem ou optaram por não responder. Em relação aos estudantes do 4º ano, 6 (20.0%) responderam dos “19 aos 39 anos”, 20 (66.7%) responderam “maiores de 40 anos” e 4 (13.3%) não sabem ou optaram por não responder. Dos estudantes do 5º ano, 2 (6.7%) responderam “dos 19 aos 39 anos” e 28 (93.3%) responderam “maiores de 40 anos”. Dos médicos dentistas, 2 (6.7%) responderam “dos 19 aos 39 anos”, 27 (90.0%) escolheram “maiores de 40 anos” e 1 (3.3%) não sabe ou optou por não responder (Figura 31).

Faixa etária	Estudante 4º ano		Estudante 5º ano		Médico Dentista		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
< 9 anos	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
10 – 18 anos	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
19 – 39 anos	6	20.0	2	6.7	2	6.7	10	11.1
> 40 anos	20	66.7	28	93.3	27	90.0	75	83.3
NS/NR	4	13.3	0	0.0	1	3.3	5	5.6
Total	30	100	30	100	30	100	90	100

Tabela 10- Distribuição da amostra de acordo com a faixa etária mais frequentemente afectada

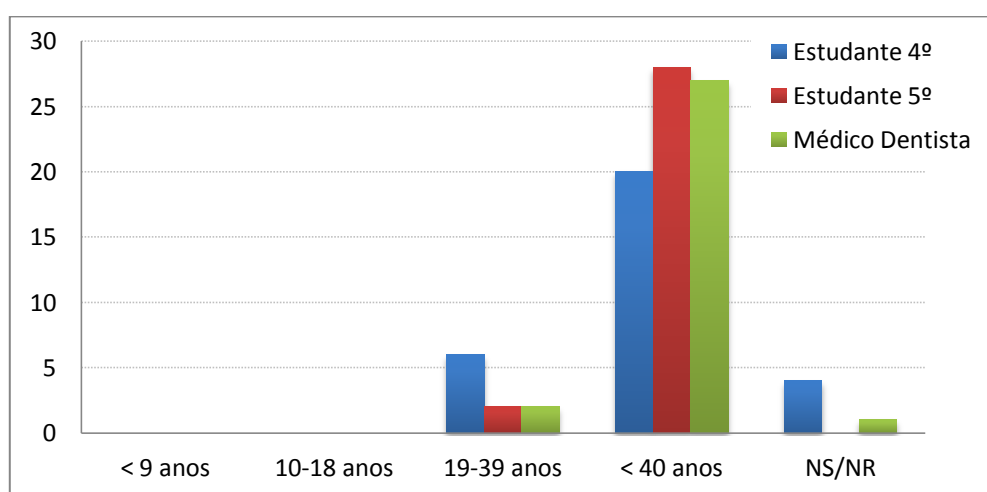


Figura 31 - Distribuição da amostra de acordo com a faixa etária mais frequentemente afectada

6.2.8. Sintoma mais comum

Em relação ao sintoma mais comum num doente com cancro oral num estadio inicial, a Tabela 11 mostra que 69 (76.6%) responderam “úlceras indolores”, 14 (15.6%)

“nódulo duro”, 1 (1.1%) “dor intensa” e 6 (6.7%) não sabem ou optaram por não responder, ninguém optou pelas alíneas “salivação abundante” nem “outro”. Dos estudantes do 4º ano, 21 (70.0%) responderam “úlceras indolor”, 5 (16.7%) “nódulo duro” e 4 (13.3%) não sabem ou optaram por não responder. Em relação aos estudantes do 5º ano, 22 (73.3%) responderam “úlceras indolor”, 5 (16.7%) “nódulo duro”, 1 (3.3%) “dor intensa” e 2 (6.7%) não sabem ou optaram por não responder. Dos médicos dentistas, 26 (86.7%) responderam “úlceras indolor” e 4 (13.3%) optaram por “nódulo duro” (Figura 32).

Sintoma	Estudante 4º ano		Estudante 5º ano		Médico Dentista		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Úlceras indolor</i>	21	70.0	22	73.3	26	86.7	69	76.6
<i>Salivação abundante</i>	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<i>Nódulo duro</i>	5	16.7	5	16.7	4	13.3	14	15.6
<i>Dor intensa</i>	0	0.0	1	3.3	0	0.0	1	1.1
<i>NS/NR</i>	4	13.3	2	6.7	0	0.0	6	6.7
<i>Outro</i>	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	30	100	30	100	30	100	90	100

Tabela 11 - Distribuição da amostra de acordo com o sintoma mais comum num doente com cancro oral num estadio inicial

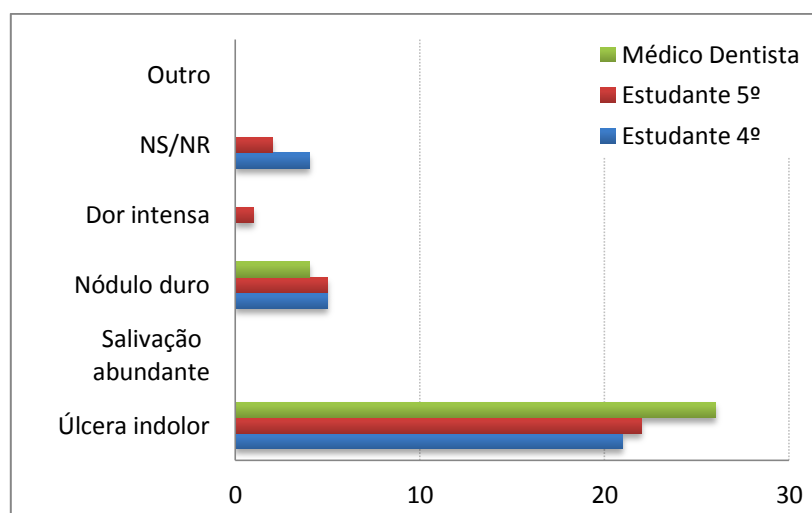


Figura 32 - Distribuição da amostra de acordo com a alteração oral mais frequentemente associada ao cancro oral

6.2.9. Alteração oral mais frequentemente associada ao cancro oral

Em relação à alteração oral mais frequentemente associada ao cancro oral, a grande maioria respondeu “leucoplasia” (n=70, 77.8%), 10 (11.1%) “estomatite”, 2 (2.2%)

“candidíase”, 5 (5.6%) não sabem ou optaram por não responder e 3 (3.3%) consideraram outra alteração como a mais frequente, não tendo ninguém optado pela resposta “pênfigo vulgar”. Dos estudantes do 4º ano, 21 (70.0%) consideram a “leucoplasia” a alteração mais frequente, 4 (13.4%) optaram pela “estomatite”, 1 (3.3%) respondeu “candidíase”, 3 (10.0%) não sabem ou optaram por não responder e 1 (3.3%) considerou outra alteração para além das apresentadas. Relativamente aos alunos do 5º ano, 27 (90.0%) consideram a “leucoplasia” como a alteração mais frequente, 1 (3.3%) optou pela estomatite e 2 (6.7%) não sabem ou optaram por não responder. Dos médicos dentistas, 22 (73.3%) responderam “leucoplasia”, 5 (16.7%) “estomatite”, 1 (3.3%) “candidíase” e 2 (6.7%) afirmam ser outra (Tabela 12, Figura 33).

Alteração oral	Estudante 4º ano		Estudante 5º ano		Médico Dentista		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Leucoplasia</i>	21	70.0	27	90.0	22	73.3	70	77.8
<i>Pênfigo vulgar</i>	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<i>Estomatite</i>	4	13.4	1	3.3	5	16.7	10	11.1
<i>Candidíase</i>	1	3.3	0	0.0	1	3.3	2	2.2
<i>NS/NR</i>	3	10.0	2	6.7	0	0.0	5	5.6
<i>Outra</i>	1	3.3	0	0.0	2	6.7	3	3.3
Total	30	100	30	100	30	100	90	100

Tabela 12 - Distribuição da amostra de acordo com a alteração oral mais frequentemente associada ao cancro oral

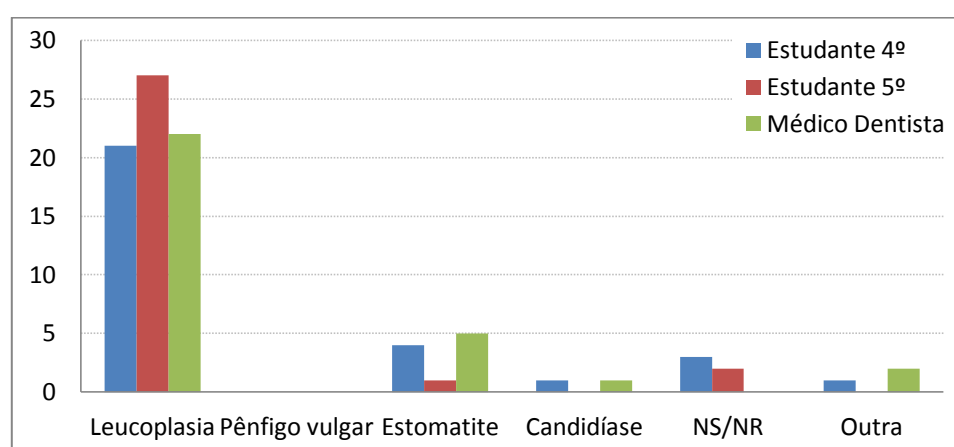


Figura 33 - Distribuição da amostra de acordo com a alteração oral mais frequentemente associada ao cancro oral

6.2.10. Estadio onde mais frequentemente se processa o diagnóstico

Em relação ao estadio onde mais frequentemente se processa o diagnóstico do cancro oral, de toda a amostra, 11 (12.2%) responderam “pré-maligno”, 14 (15.6%) “precoce”, 63 (70.0%) “avançado” e 2 (2.2%) não sabem ou optaram por não responder. Dos estudantes do 4º ano, 2 (6.7%) responderam “pré-maligno”, 8 (26.7%) “precoce”, 19 (63.3%) “avançado” e 1 (3.3%) não sabe ou optou por não responder. Relativamente aos estudantes do 5º ano, 4 (13.3%) responderam “pré-maligno”, 2 (6.7%) “precoce” e 24 (80.0%) “avançado”. Dos médicos dentistas, 5 (16.7%) responderam “pré-maligno”, 4 (13.3%) “precoce”, 20 (66.7%) “avançado” e 1 (3.3%) não sabe ou optou por não responder (Tabela 13, Figura 34).

Estadio	Estudante 4º ano		Estudante 5º ano		Médico Dentista		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Pré-maligno</i>	2	6.7	4	13.3	5	16.7	11	12.2
<i>Precoce</i>	8	26.7	2	6.7	4	13.3	14	15.6
<i>Avançado</i>	19	63.3	24	80.0	20	66.7	63	70.0
<i>NS/NR</i>	1	3.3	0	0.0	1	3.3	2	2.2
<i>Total</i>	30	100	30	100	30	100	90	100

Tabela 13 - Distribuição da amostra de acordo com o estadio onde mais frequentemente se processa o diagnóstico do cancro oral

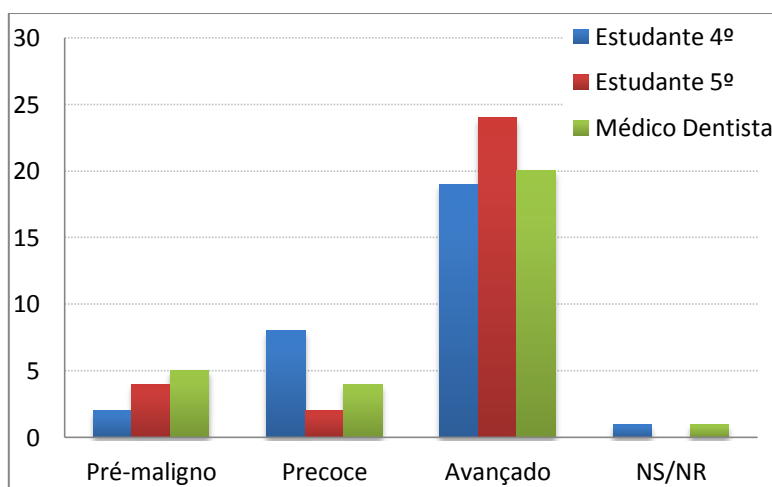


Figura 34 - Distribuição da amostra de acordo com o estadio onde mais frequentemente se processa o diagnóstico do cancro oral

6.2.11. Principal causa para o atraso no diagnóstico

Como se pode observar na Tabela 14, que trata a principal causa para o atraso no diagnóstico do cancro oral, da totalidade da amostra, 7 (7.8%) responderam “medo”, 6 (6.7%) “dificuldade de acesso ao serviço de saúde”, 74 (82.2%) “falta de conhecimento sobre a doença”, 1 (1.1%) escolheu “outro” motivo e 2 (2.2%) não sabem ou optaram por não responder. Dos estudantes do 4º ano, 2 (6.7%) responderam “medo”, 27 (90.0%) “falta de conhecimento sobre a doença” e 1 (3.3%) não sabe ou optou por não responder. Dos estudantes do 5º ano, 2 (6.7%) responderam “medo”, 5 (16.7%) “dificuldade de acesso ao serviço de saúde”, 22 (73.3%) “falta de conhecimento sobre a doença” e 1 (3.3%) optou pela opção “outro” motivo. Dos médicos dentistas, 3 (10.0%) seleccionaram “medo”, 1 (3.3%) “dificuldade de acesso ao serviço de saúde”, 25 (83.4%) “falta de conhecimento sobre a doença” e 1 (3.3%) não sabe ou optou por não responder (Figura 35).

Principal causa	Estudante 4º ano		Estudante 5º ano		Médico Dentista		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Medo</i>	2	6.7	2	6.7	3	10.0	7	7.8
<i>Dificuldade de acesso ao serviço de saúde</i>	0	0.0	5	16.7	1	3.3	6	6.7
<i>Falta de conhecimento sobre a doença</i>	27	90.0	22	73.3	25	83.4	74	82.2
<i>Outro</i>	0	0.0	1	3.3	0	0.0	1	1.1
<i>NS/NR</i>	1	3.3	0	0.0	1	3.3	2	2.2
Total	30	100	39	100	30	100	90	100

Tabela 14 - Distribuição da amostra de acordo com a principal causa para o atraso no diagnóstico

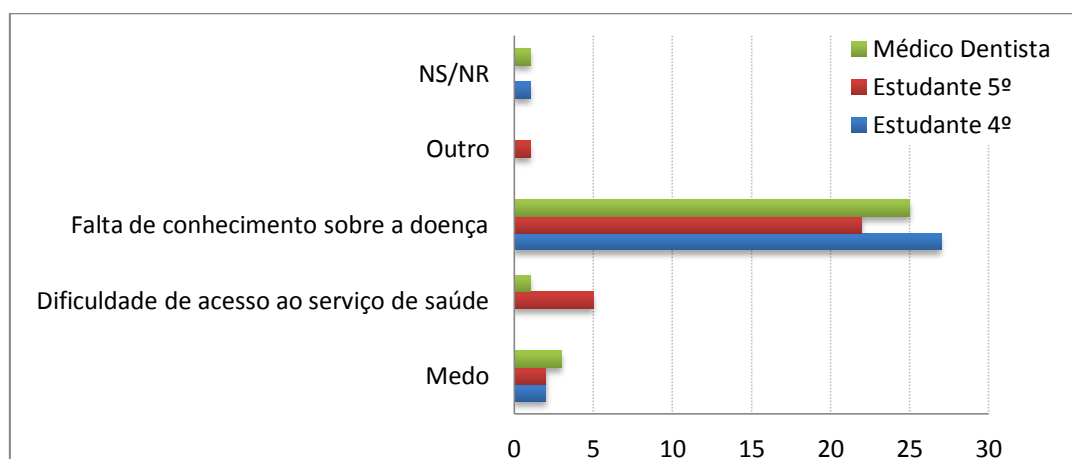


Figura 35 - Distribuição da amostra de acordo com a principal causa para o atraso no diagnóstico

6.2.12. Principais factores de risco

Nesta questão eram solicitadas aos inquiridos a seleção e valorização (1 a 5, sendo 1 o factor mais relevante) dos principais factores de risco para o desenvolvimento de cancro oral.

Os estudantes do 4º ano, identificaram o “consumo de tabaco” (50.0%), o “consumo de drogas” (33.3%), o “consumo de álcool” (26.7%), o “hábito de mascar tabaco” (26.7%) e a existência de “história pessoal prévia de cancro” (23.3%) como os factores mais significativos, tendo atribuído a estas categorias o valor 1. Como factores menos relevantes seleccionaram o “consumo de alimentos quentes” (36.7%), o “contágio directo” (20.0%) e a “exposição a radiação” (16.7%), tendo atribuído a estas categorias o valor 5 (Figura 36).

Factores de risco	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Consumo de tabaco</i>	15	50.0	4	13.3	2	6.7	2	6.7	3	10.0
<i>Consumo de drogas</i>	10	33.3	2	6.7	3	10.0	2	6.7	0	0.0
<i>Consumo de álcool</i>	8	26.7	3	10.0	3	10.0	5	16.7	3	10.0
<i>Mascar tabaco</i>	8	26.7	7	23.3	5	16.7	2	6.7	1	3.3
<i>História pessoal prévia de cancro</i>	7	23.3	8	26.7	3	10.0	3	10.0	2	6.7
<i>História familiar de cancro</i>	3	10.0	9	30.0	2	6.7	6	20.0	2	6.7
<i>Sexo oral</i>	3	10.0	2	6.7	7	23.3	2	6.7	3	10.0
<i>Exposição solar</i>	2	6.7	2	6.7	4	13.3	3	10.0	2	6.7
<i>Contágio directo</i>	2	6.7	0	0.0	2	6.7	0	0.0	6	20.0
<i>Consumo de alimentos quentes</i>	2	6.7	8	26.7	12	40.0	7	23.3	11	36.7
<i>Infecções virais</i>	1	3.3	6	20.0	5	16.7	1	3.3	1	3.3
<i>Carências nutricionais</i>	1	3.3	3	10.0	3	10.0	5	16.7	2	6.7
<i>Próteses mal adaptadas</i>	1	3.3	2	6.7	4	13.3	3	10.0	4	13.3
<i>Higiene oral deficiente</i>	0	0.0	3	10.0	0	0.0	6	20.0	3	10.0
<i>Radiação</i>	0	0.0	4	13.3	5	16.7	2	6.7	5	16.7

Tabela 15 - Distribuição da amostra dos alunos do 4º ano de acordo com os principais factores de risco

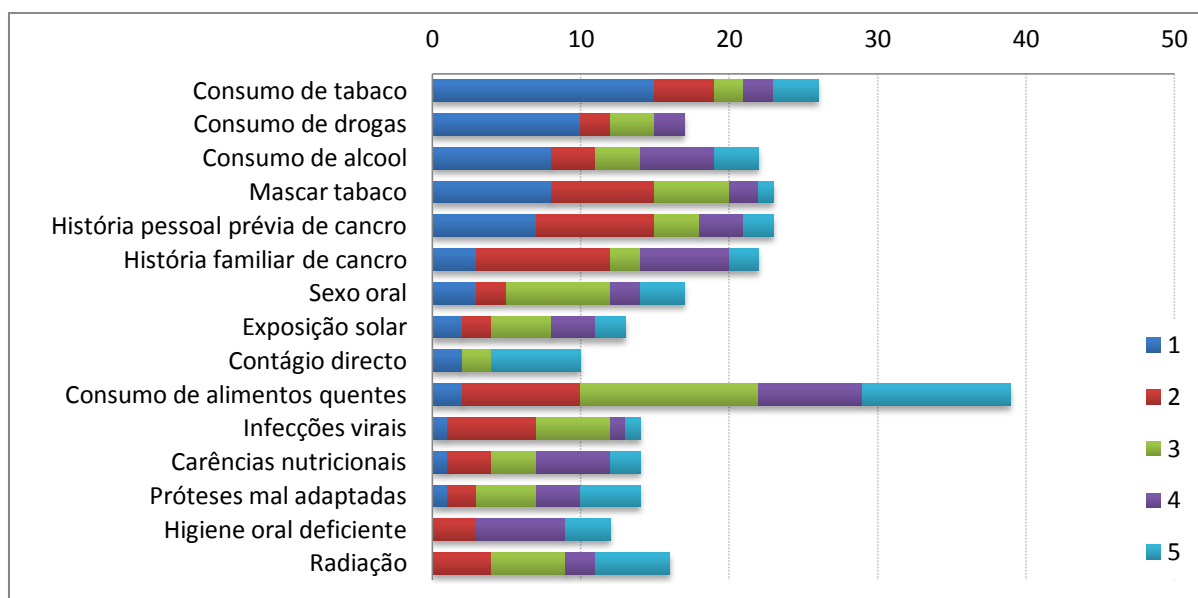


Figura 36 - Distribuição da amostra dos alunos do 4º ano de acordo com os principais factores de risco

Relativamente às respostas dos alunos do 5º ano, estes avaliaram o “consumo de tabaco” (63.3%) o “consumo de álcool” (33.3%), a “existência de história familiar de cancro” (10.0%) e o “hábito de mascar tabaco” (10.0%) como os factores de risco mais representativos, tendo-lhes atribuído o valor 1. As “próteses mal adaptadas” (23.3%), as “carências nutricionais” (13.3%) e o “contágio directo” (13.3%) foram os factores de risco considerados como menos significativos, onde se observa a prevalência do valor 5 (Tabela 16, Figura 37).

Factores de risco	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Consumo de tabaco</i>	19	63.3	7	23.3	1	3.3	1	3.3	1	3.3
<i>Consumo de álcool</i>	10	33.3	15	50.0	2	6.7	1	3.3	1	3.3
<i>História familiar de cancro</i>	3	10.0	2	6.7	0	0.0	5	16.7	3	10.0
<i>Mascar tabaco</i>	3	10.0	3	10.0	9	30.0	3	10.0	2	6.7
<i>Próteses mal adaptadas</i>	2	6.7	1	3.3	3	10.0	2	6.7	7	23.3
<i>Exposição solar</i>	2	6.7	1	3.3	1	3.3	4	13.3	2	6.7
<i>História pessoal prévia de cancro</i>	2	6.7	2	6.7	4	13.3	3	10.0	2	6.7
<i>Higiene oral deficiente</i>	1	3.3	0	0.0	5	16.7	1	3.3	3	10.0
<i>Infecções virais</i>	1	3.3	2	6.7	3	10.0	3	10.0	1	3.3
<i>Sexo oral</i>	1	3.3	1	3.3	1	3.3	1	3.3	0	0.0
<i>Consumo de drogas</i>	0	0.0	0	0.0	5	16.7	3	10.0	1	3.3
<i>Carências nutricionais</i>	0	0.0	2	6.7	2	6.7	2	6.7	4	13.3
<i>Radiação</i>	0	0.0	2	6.7	1	3.3	2	6.7	0	0.0
<i>Consumo de alimentos quentes</i>	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	3.3	3	10.0
<i>Contágio directo</i>	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	13.3

Tabela 16 - Distribuição da amostra dos alunos do 5º ano de acordo com os principais factores de risco

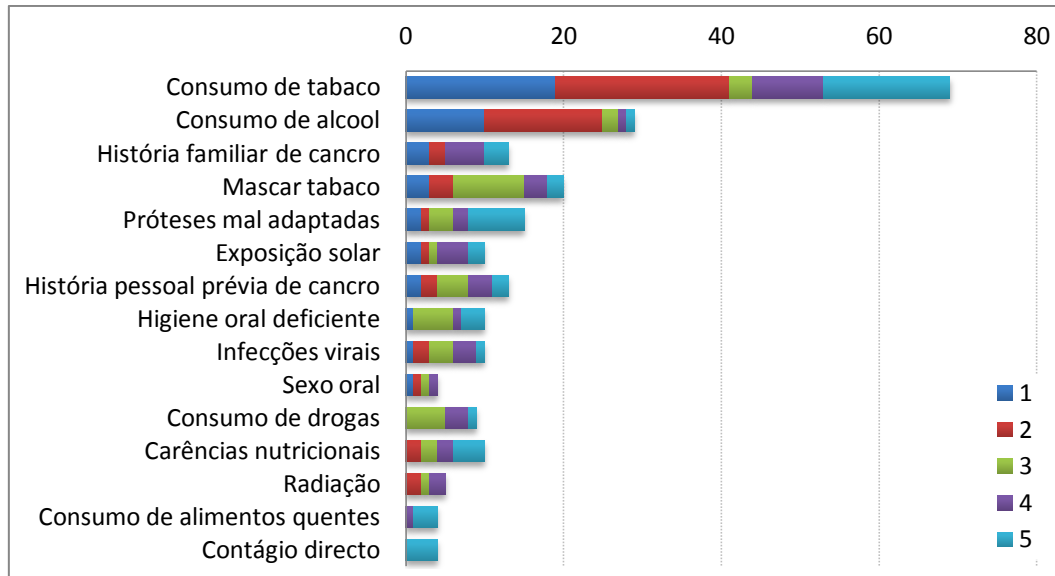


Figura 37 - Distribuição da amostra dos alunos do 5º ano de acordo com os principais factores de risco

Os médicos dentistas consideraram o “consumo de tabaco” (60.0%), o “consumo de álcool” (23.3%), o “hábito de mascar tabaco” (20.0%) e a “existência de história pessoal prévia de cancro” (16.7%) como os factores de risco mais evidentes, tendo-lhes atribuído o valor 1. Em oposição, avaliaram a “existência de história familiar de cancro” (36.7%) e a “exposição solar” (23.3%) como os factores menos relevantes, tendo-lhes atribuído o valor 5 (Tabela 17, Figura 38).

Factores de risco	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Consumo de tabaco</i>	18	60.0	5	16.7	0	0.0	0	0.0	4	13.3
<i>Consumo de álcool</i>	7	23.3	10	33.3	4	13.3	2	6.7	1	3.3
<i>Mascar tabaco</i>	6	20.0	3	10.0	2	6.7	3	10.0	2	6.7
<i>História pessoal prévia de cancro</i>	5	16.7	2	6.7	5	16.7	3	10.0	1	3.3
<i>Consumo de drogas</i>	4	13.3	2	6.7	1	3.3	1	3.3	1	3.3
<i>História familiar de cancro</i>	4	13.3	6	20.0	10	33.3	16	33.3	11	36.7
<i>Higiene oral deficiente</i>	3	10.0	0	0.0	7	23.3	2	6.7	3	10.0
<i>Próteses mal adaptadas</i>	1	3.3	2	6.7	4	13.3	4	13.3	2	6.7
<i>Exposição solar</i>	1	3.3	0	0.0	3	10.0	4	13.3	7	23.3
<i>Sexo oral</i>	1	3.3	3	10.0	4	13.3	1	3.3	1	3.3
<i>Carências nutricionais</i>	0	0.0	3	10.0	1	3.3	3	10.0	1	3.3
<i>Contágio directo</i>	0	0.0	1	3.3	2	6.7	1	3.3	1	3.3
<i>Infecções virais</i>	0	0.0	3	10.0	3	10.0	4	13.3	2	6.7
<i>Radiação</i>	0	0.0	2	6.7	3	10.0	3	10.0	1	3.3
<i>Consumo de alimentos quentes</i>	0	0.0	1	3.3	1	3.3	2	6.7	3	10.0

Tabela 17 - Distribuição da amostra dos médicos dentistas de acordo com os principais factores de risco

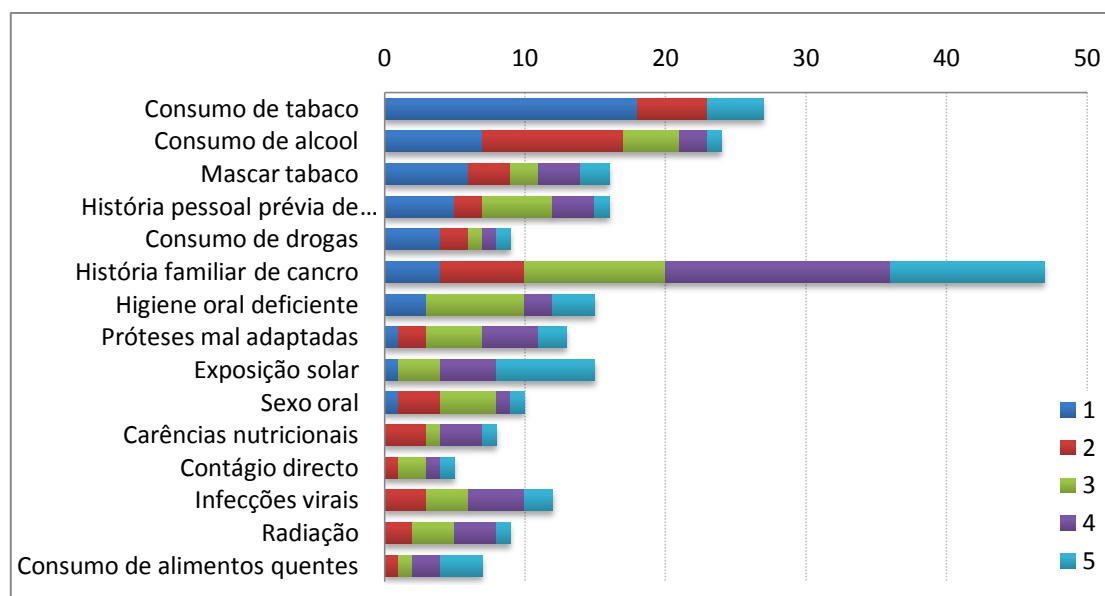


Figura 38 - Distribuição da amostra dos médicos dentistas de acordo com os principais factores de risco

6.3. Opinião sobre conhecimentos acerca do cancro oral

6.3.1. Última vez que participou em acções formativas

Relativamente à questão sobre a participação em acções formativas acerca do cancro oral, como se pode observar na Tabela 18, de toda a amostra, 39 (43.3%) responderam “no ano passado”, 12 (13.3%) nos “últimos 2 a 5 anos”, 10 (11.2%) há “mais de 5 anos”, 27 (30.0%) “nunca” e 2 (2.2%) não sabem ou optaram por não responder. Dos estudantes do 4º ano, 19 (63.3%) responderam “no ano passado”, 2 (6.7%) “nos últimos 2 a 5 anos” e 9 (30.0%) “nunca”. Dos alunos do 5º ano, 13 (43.3%) responderam “no ano passado”, 2 (6.7%) “nos últimos 2 a 5 anos”, 14 (46.7%) “nunca” e 1 (3.3%) não sabe ou optou por não responder. Dos médicos dentistas, 7 (23.3%) responderam “no ano passado”, 8 (26.7%) nos “últimos 2 a 5 anos”, 10 (33.4%) há “mais de 5 anos”, 4 (13.3%) “nunca” e 1 (3.3%) não sabe ou optou por não responder (Figura 39).

Última acção formativa	Estudante 4º ano		Estudante 5º ano		Médico Dentista		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>No ano passado</i>	19	63.3	13	43.3	7	23.3	39	43.3
<i>Nos últimos 2 a 5 anos</i>	2	6.7	2	6.7	8	26.7	12	13.3
<i>Mais de 5 anos</i>	0	0.0	0	0.0	10	33.4	10	11.2
<i>Nunca</i>	9	30.0	14	46.7	4	13.3	27	30.0
<i>NS/NR</i>	0	0.0	1	3.3	1	3.3	2	2.2
Total	30	100	30	100	30	100	90	100

Tabela 18- Distribuição da amostra de acordo com a última vez que participaram em acções formativas sobre o cancro oral

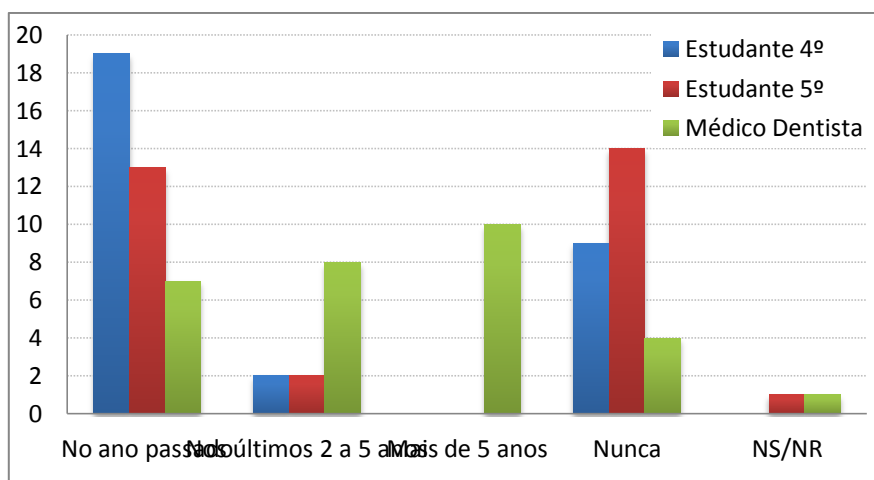


Figura 39 - Distribuição da amostra de acordo com a última vez que participaram em acções formativas sobre o cancro oral

6.3.2. Interesse em participar em acções formativas

Relativamente ao interesse em participar em acções formativas sobre o cancro oral, do total da amostra, 86 (95.6%) responderam “sim”, 3 (3.3%) responderam “não” e 1 (1.1%) não sabe ou preferiu não responder. Dos estudantes do 4º ano, 29 (96.7%) responderam “sim” e 1 (3.3%) respondeu não. Dos estudantes do 5º ano, 29 (96.7%) responderam “sim” e 1 (3.3%) respondeu não. Dos médicos dentistas, 28 (93.4%) responderam “sim”, 1 (3.3%) respondeu “não” e 1 (3.3%) não sabe ou optou por não responder (Tabela 19, Figura 40).

Interesse	Estudante 4º ano		Estudante 5º ano		Médico Dentista		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Sim</i>	29	96.7	29	96.7	28	93.4	86	95.6
<i>Não</i>	1	3.3	1	3.3	1	3.3	3	3.3
<i>NS/NR</i>	0	0.0	0	0.0	1	3.3	1	1.1
<i>Total</i>	30	100	30	100	30	100	90	100

Tabela 19- Distribuição da amostra de acordo com o interesse em participar em acções formativas sobre o cancro oral

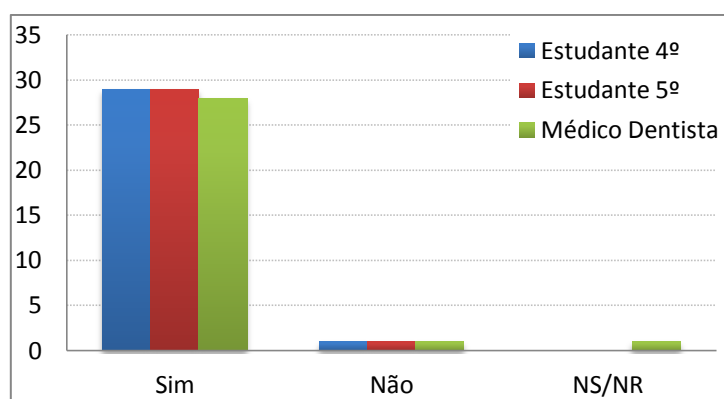


Figura 40 - Distribuição da amostra de acordo com o interesse em participar em acções formativas sobre o cancro oral

6.3.3. Formato

Em relação ao formato das acções formativas, conforme demonstrado na Tabela 20, de toda a amostra, 50 (56.2%) preferem “demonstrações clínicas”, 1 (11.0%) “folhetos informativos”, 19 (21.3%) “palestras”, 16 (18.0%) “apresentações audiovisuais” e 2 (3.4%) não sabem ou optaram por não responder. Dos alunos do 4º ano, 19 (63.3%) escolheram “demonstrações clínicas”, 5 (16.7%) “palestras”, 5 (16.7%) “apresentações audiovisuais” e 1 (3.3%) não sabe ou optou por não responder. Dos alunos do 5º ano, 19 (63.3%) preferem “demonstrações clínicas”, 1 (3.3%) “folhetos informativos”, 4 (13.4%) “palestras”, 5 (16.7%) “apresentações audiovisuais” e 1 (3.3%) não sabe ou optou por não responder. Dos médicos dentistas, 12 (41.4%) responderam “demonstrações clínicas”, 10 (34.5%) “palestras”, 6 (20.7%) “apresentações audiovisuais” e 1 (3.3%) não sabe ou optou por não responder (Figura 41).

Formato	Estudante 4º ano		Estudante 5º ano		Médico Dentista		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Demonstrações clínicas</i>	19	63.3	19	63.3	12	41.5	50	56.2
<i>Folhetos informativos</i>	0	0.0	1	3.3	0	0.0	1	1.1
<i>Palestras</i>	5	16.7	4	13.4	10	34.5	19	21.3
<i>Apresentações audiovisuais</i>	5	16.7	5	16.7	6	20.7	16	18.0
<i>NS/NR</i>	1	3.3	1	3.3	1	3.3	3	3.4
<i>Outro</i>	0	0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<i>Total</i>	30	100	30	100	29	100	89	100

Tabela 20 - Distribuição da amostra de acordo com o formato de acção formativa

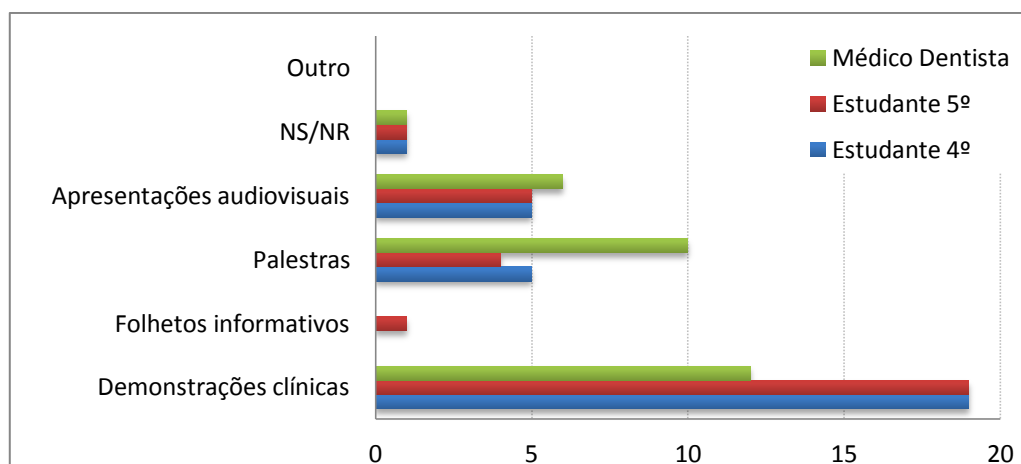


Figura 41 - Distribuição da amostra de acordo com o formato de acção formativa

6.3.4. Interesse em participar na Semana Europeia e Portuguesa de Sensibilização para o Problema do Cancro da Cabeça e Pescoço

Em relação à pergunta sobre o eventual interesse dos inquiridos em participar na Semana Europeia e Portuguesa de Sensibilização para o Problema do Cancro da Cabeça e Pescoço, da totalidade da amostra, 64 (71.1%) responderam “sim”, 7 (7.8%) “não” e 19 (21.1%) não sabem ou optaram por não responder. Dos alunos do 4º ano, 18 (60.0%) responderam “sim”, 4 (13.3%) “não” e 8 (26.7%) não sabem ou optaram por não responder. Dos alunos do 5º ano, 25 (83.4%) responderam “sim”, 1 (3.3%) “não” e 4 (13.3%) não sabem ou optaram por não responder. Dos médicos dentistas, 21 (70.0%) responderam “sim”, 2 (6.7%) “não” e 7 (23.3%) não sabem ou optaram por não responder (Tabela 21, Figura 42).

Interesse	Estudante 4º ano		Estudante 5º ano		Médico Dentista		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Sim</i>	18	60.0	25	83.4	21	70.0	64	71.1
<i>Não</i>	4	13.3	1	3.3	2	6.7	7	7.8
<i>NS/NR</i>	8	26.7	4	13.3	7	23.3	19	21.1
<i>Total</i>	30	100	30	100	30	100	90	100

Tabela 21- Distribuição da amostra de acordo com o interesse em participar na Semana Europeia e Portuguesa de Sensibilização para o Problema do Cancro da Cabeça e Pescoço

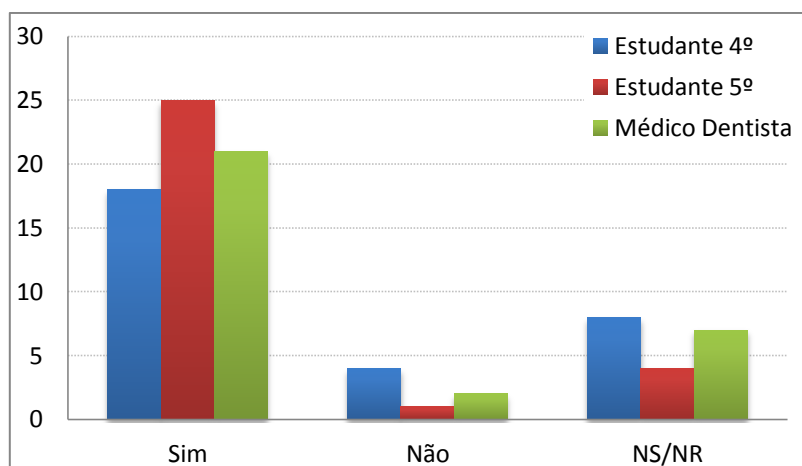


Figura 42 - Distribuição da amostra de acordo com o interesse em participar na Semana Europeia e Portuguesa de Sensibilização para o Problema do Cancro da Cabeça e Pescoço

6.3.5. Importância do médico dentista na prevenção e detecção precoce

Questionados acerca da importância do médico dentista na prevenção e detecção precoce do cancro oral, na totalidade da amostra, 3 (3.3%) indicaram-na como “muito baixa”, 7 (7.8%) “elevada” e 80 (88.9%) “muito elevada”, sendo que ninguém optou pelas hipóteses “baixa” e “média”. Dos estudantes do 4º ano, 2 (6.7%) responderam “muito baixa”, 1 (3.3%) “elevada” e 27 (90.0%) “muito elevada”. Dos alunos do 5º ano, 2 (6.7%) responderam “elevada” e 28 (93.3%) “muito elevada”. Dos médicos dentistas, 1 (3.3%) caracterizou a importância como “muito baixa”, 4 (13.3%) responderam “elevada” e 25 (83.4%) “muito elevada” (Tabela 22, Figura 43).

Importância	Estudante 4º ano		Estudante 5º ano		Médico Dentista		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Muito baixo</i>	2	6.7	0	0.0	1	3.3	3	3.3
<i>Baixo</i>	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<i>Médio</i>	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<i>Elevado</i>	1	3.3	2	6.7	4	13.3	7	7.8
<i>Muito elevado</i>	27	90.0	28	93.3	25	83.4	80	88.9
<i>NS/NR</i>	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<i>Total</i>	30	100	30	100	30	100	90	100

Tabela 22 - Distribuição da amostra de acordo com a importância do médico dentista na prevenção e detecção precoce do cancro oral

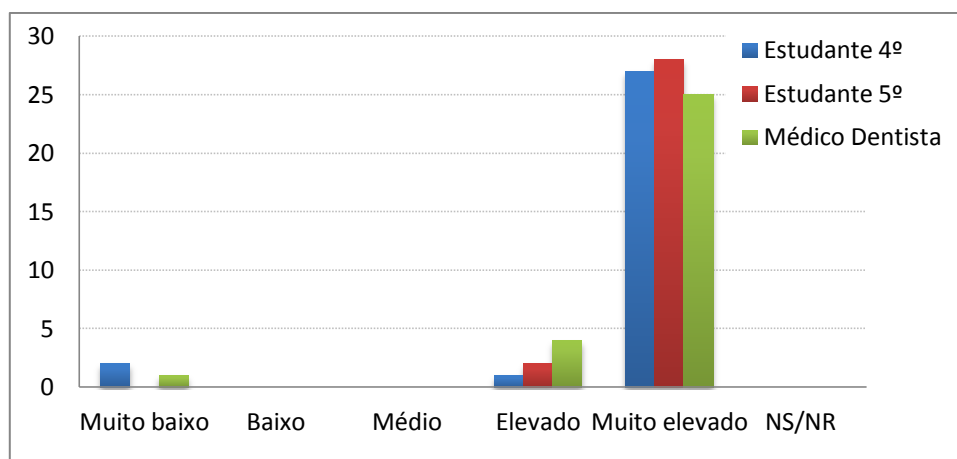


Figura 43 - Distribuição da amostra de acordo com a importância do médico dentista na prevenção e detecção precoce do cancro oral

6.3.6. Doentes encontram-se suficientemente informados

Em relação à questão acerca da opinião sobre o grau de informação dos doentes acerca do cancro oral no que diz respeito a aspectos preventivos e de diagnóstico, 52 (57.8%) caracterizaram-no como “muito baixo”, 26 (28.9%) “baixo”, 8 (8.9%) “médio”, 2 (2.2%) “elevado”, 1 (1.1%) “muito elevado” e 1 (1.1%) não sabe ou optou por não responder. Dos estudantes do 4º ano, 16 (53.3%) responderam “muito baixo”, 10 (33.4%) “baixo”, 2 (6.7%) “médio”, 1 (3.3%) “elevado” e 1 (3.3%) “muito elevado”. Dos alunos do 5º ano, 16 (53.3%) responderam “muito baixo”, 9 (30.0%) “baixo” e 5 (16.7%) “médio”. Dos médicos dentistas, 20 (66.7%) responderam “muito baixo”, 7 (23.4%) responderam “baixo”, 1 (3.3%) “médio”, 1 (3.3%) “elevado” e 1 (3.3%) não sabe ou optou por não responder (Tabela 23, Figura 44).

Informação doentes	Estudante 4º ano		Estudante 5º ano		Médico Dentista		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Muito baixo</i>	16	53.3	16	53.3	20	66.7	52	57.8
<i>Baixo</i>	10	33.4	9	30.0	7	23.4	26	28.9
<i>Médio</i>	2	6.7	5	16.7	1	3.3	8	8.9
<i>Elevado</i>	1	3.3	0	0.0	1	3.3	2	2.2
<i>Muito elevado</i>	1	3.3	0	0.0	0	0.0	1	1.1
<i>NS/NR</i>	0	0.0	0	0.0	1	3.3	1	1.1
<i>Total</i>	30	100	30	100	30	100	90	100

Tabela 23 - Distribuição da amostra de acordo com a opinião sobre os doentes se encontrarem suficientemente informados acerca do cancro oral

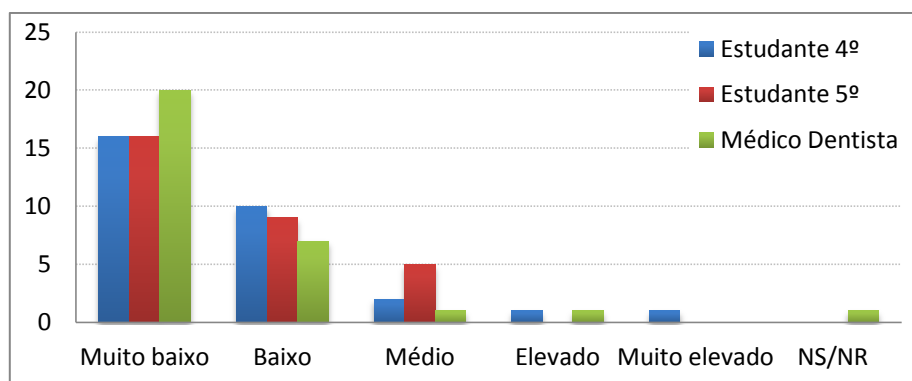


Figura 44 - Distribuição da amostra de acordo com a opinião sobre os doentes se encontrarem suficientemente informados acerca do cancro oral

6.3.7. Avaliação do grau de conhecimento em relação ao cancro oral

De acordo com a Tabela 24, da totalidade da amostra, 18 avaliam o seu grau de conhecimento em relação ao cancro oral como “baixo” (20.0%), 49 como “médio” (54.4%), 19 como “elevado” (21.2%) e 4 como “muito elevado” (4.4%), sendo que ninguém optou pela opção muito baixo. Dos alunos do 4º ano, 11 (36.7%) responderam “baixo”, 14 (46.6%) “médio” e 5 (16.7%) “elevado”. Dos alunos do 5º ano, 2 (6.7%) responderam “baixo”, 18 (60.0%) “médio”, 9 (30.0%) “elevado” e 1 (3.3%) “muito elevado”. Dos médicos dentistas, 5 (16.7%) responderam “baixo”, 17 (56.6%) “médio”, 5 (16.7%) “elevado” e 3 (10.0%) “muito elevado” (Figura 45).

Grau conhecimento	Estudante 4º ano		Estudante 5º ano		Médico Dentista		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Muito baixo</i>	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<i>Baixo</i>	11	36.7	2	6.7	5	16.7	18	20.0
<i>Médio</i>	14	46.6	18	60.0	17	56.6	49	54.4
<i>Elevado</i>	5	16.7	9	30.0	5	16.7	19	21.2
<i>Muito elevado</i>	0	0.0	1	3.3	3	10.0	4	4.4
<i>NS/NR</i>	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<i>Total</i>	30	100	30	100	30	100	90	100

Tabela 24 - Distribuição da população de acordo com a avaliação do grau de conhecimento em relação ao cancro oral

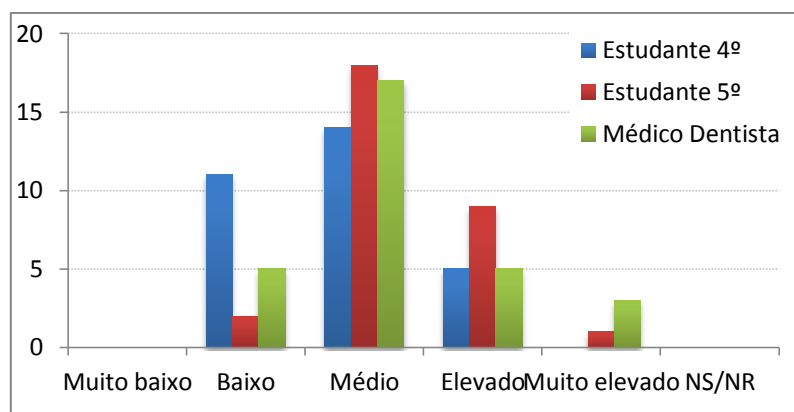


Figura 45 - Distribuição da população de acordo com a avaliação do grau de conhecimento em relação ao cancro oral

6.3.8. Obteve formação suficiente para actuar na prevenção e diagnóstico precoce

Em relação à pergunta relativa à opinião sobre a obtenção de informação suficiente para actuar na prevenção e diagnóstico precoce do cancro oral na universidade de formação, é possível observar-se na Tabela 25 que da totalidade da amostra, 2 (2.2%) avaliaram como “muito baixa”, 15 (16.7%) como “baixa”, 40 (44.4%) como “média”, 23 (25.6%) como “elevada”, 9 (10.0%) como “muito elevada” e 1 (1.1%) não sabe ou optou por não responder. Dos alunos do 4º ano, 8 (26.7%) avaliaram em “muito baixa”, 15 (50.0%) em “média”, 6 (20.0%) “elevada” e 1 (3.3%) não sabe ou optou por não responder. Dos estudantes do 5º ano, 2 (6.7%) responderam “muito baixa”, 13 (43.4%) “média”, 11 (36.7%) “elevada” e 4 (13.3%) “muito elevada”. Dos médicos dentistas, 2 (6.7%) responderam “muito baixa”, 5 (16.7%) “baixa”, 12 (40.0%) “média”, 6 (20.1%) “elevada” e 5 (16.7%) “muito elevada” (Figura 46).

Formação	Estudante 4º ano		Estudante 5º ano		Médico Dentista		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Muito baixo</i>	0	0.0	0	0.0	2	6.7	2	2.2
<i>Baixo</i>	8	26.7	2	6.7	5	16.7	15	16.7
<i>Médio</i>	15	50.0	13	43.4	12	40.0	40	44.4
<i>Elevado</i>	6	20.0	11	36.7	6	20.1	23	25.6
<i>Muito elevado</i>	0	0.0	4	13.3	5	16.7	9	10.0
<i>NS/NR</i>	1	3.3	0	0.0	0	0.0	1	1.1
<i>Total</i>	30	100	30	100	30	100	90	100

Tabela 25 - Distribuição da população de acordo com a opinião sobre se obteve formação suficiente para actuar na prevenção e diagnóstico precoce do cancro oral na universidade onde estudou

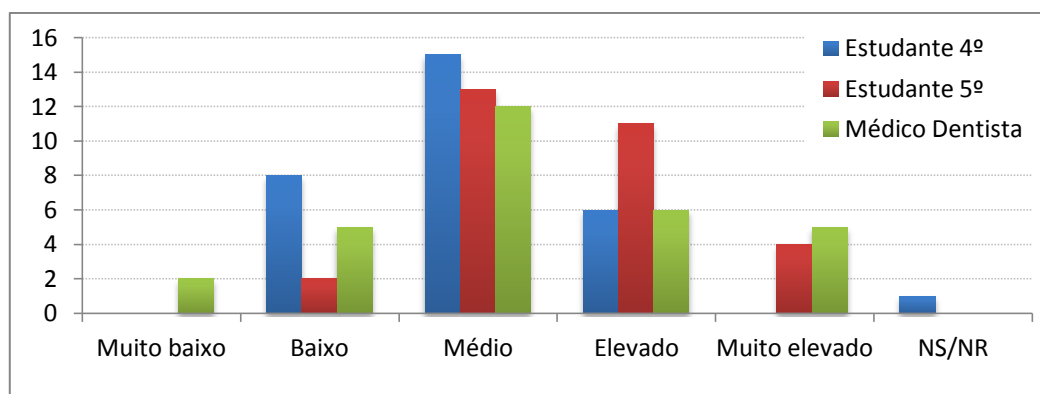


Figura 46 - Distribuição da população de acordo com a opinião sobre se obteve formação suficiente para actuar na prevenção e diagnóstico precoce do cancro oral na universidade onde estudou

7. DISCUSSÃO

7.1. Considerações gerais

O cancro oral tem vindo a tornar-se um importante problema de saúde pública no mundo, encontrando-se associado a uma taxa significativa de morbilidade e mortalidade. Pode ser uma patologia de fácil diagnóstico que requer uma observação sistemática dos tecidos da cavidade oral e o reconhecimento das possíveis alterações encontradas. A prevenção desta doença encontra-se intimamente relacionada ao diagnóstico precoce e à alteração de comportamento do indivíduo.

Os resultados do presente estudo mostram que, de uma maneira geral, os alunos de medicina dentária do 4º e 5º ano do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz e os médicos dentistas se encontram bem informados acerca de conceitos de prevenção e diagnóstico, bem como dos principais factores de risco do cancro oral, no entanto existem ainda algumas lacunas.

Dos três grupos, os estudantes do 4º ano foram os que apresentaram o conhecimento mais limitado acerca do cancro oral, o que se pode dever a apenas a partir do 5º ano se iniciar a disciplina de oncologia. Não obstante, a maioria conseguiu responder correctamente a todas as questões, o que pode também ser explicado por terem assistido à palestra dos Doutores António Mano Azul e Pedro Trancoso, nas Jornadas Internacionais da Medicina Dentária em Abril de 2013, a qual englobou detalhadamente as questões colocadas neste questionário, o que pode ter influenciado algumas das respostas devido à data da palestra ter coincidido com a data de início de entrega dos questionários.

Este estudo vem destacar a necessidade de educação e formação no que diz respeito às causas e prevenção do cancro oral entre todos os prestadores de cuidados de saúde, especialmente os prestadores de cuidados orais.

Actividades educativas direccionadas a médicos dentistas devem ser exploradas no futuro, uma vez que muitas vezes estes agentes representam a primeira linha de despiste desta doença, de modo a aperfeiçoar o seu conhecimento e, deste modo, ajudar a resolver as lacunas existentes no conhecimento e práticas de prevenção do cancro oral entre estes profissionais de saúde.

7.2. Amostra

Este estudo, realizado entre Abril e Julho de 2013, é constituído por uma amostra de 90 questionários, sendo que 30 foram preenchidos por alunos do 4º ano e outros 30 por alunos do 5º ano de Medicina Dentária do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz e, os restantes 30, foram preenchidos por médicos dentistas já formados.

Os estudos existentes na literatura acerca dos conhecimentos e práticas clínicas em medicina dentária sobre a prevenção e o diagnóstico precoce do cancro oral apresentam uma amostra significativamente maior que a do presente estudo (Boroumand, Garcia, Selwitz, e Goodman, 2008; Decuseara e Menezes, 2011; Gajendra *et al.*, 2007; Hertrampf, Wiltfang, Koller, Klosa, e Wenz, 2010; Monteiro, Salazar, Pacheco, e Warnakulasuriya, 2012; Vijay Kumar e Suresan, 2012).

7.3. Caracterização geral:

Em relação à idade, a maior parte dos participantes deste estudo eram adultos jovens cuja idade média correspondeu a 22.54 nos estudantes de medicina dentária e a 34.40 nos médicos dentistas, numa faixa etária entre os 21 e os 60 anos.

Em outros estudos que englobam apenas questionários realizados a médicos dentistas a média de idades situa-se acima dos 40 anos (Gajendra *et al.*, 2007; Hertrampf *et al.*, 2010; Monteiro *et al.*, 2012). No estudo de Uti e Fashina (2006), realizado apenas a estudantes de medicina dentária, a média de idades situa-se entre os 22 e os 28 anos.

Relativamente à distribuição da amostra de acordo com o género, no que diz respeito aos alunos de medicina dentária, os participantes apresentam-se maioritariamente do sexo feminino (76.7%). Por outro lado, entre os médicos dentistas observa-se uma harmonia entre os dois sexos sendo que 50.0% dos participantes são do sexo feminino e 50.0% são do sexo masculino.

Tal como este estudo, também outros são constituídos por uma amostra maioritariamente feminina (Boroumand *et al.*, 2008; Monteiro *et al.*, 2012; Pakfetrat, Falaki, Esmaily, e Shabestari, 2010). Em oposição a esta investigação, o estudo de Hertrampf *et al.* (2010) e o estudo de Vijay Kumar e Suresan (2012) obtiveram uma amostra com maior prevalência do sexo masculino.

A maioria dos participantes deste estudo terminou o curso de Medicina Dentária entre 10 a 20 anos (33.3%), em oposição a outros estudos em que a maioria dos seus

participantes se formou há mais de 20 anos (Hertrampf, Wenz, Koller, Grund, e Wiltfang, 2011; Uti e Fashina, 2006).

7.4. Questões específicas acerca do cancro oral

Da totalidade da amostra, cerca de 67% dos inquiridos afirmaram realizar sempre, na primeira consulta, um exame geral da cavidade oral, incluindo a avaliação das mucosas, para despiste de qualquer alteração. Conclui-se assim, à semelhança do encontrado noutros estudos apresentados na revisão da literatura, que a maioria dos participantes afirma realizar um exame para detecção do cancro oral, especialmente em doentes a partir dos 40 anos (Gajendra *et al.*, 2007; Silverman *et al.*, 2010).

Já no estudo de Vijay Kumar e Suresan (2012), apenas 37% dos participantes realizam rotineiramente um exame completo da cavidade oral em todos os doentes.

Segundo o estudo de Gajendra *et al.* (2007), as principais razões apontadas para a não realização deste exame consistem no facto de não ser considerado um procedimento necessário e não existir reembolso ao realizá-lo, sendo que 68% dos médicos dentistas consideram que o exame de detecção do cancro oral deveria ser um procedimento separado e reembolsado.

Nesta questão, os estudantes de medicina dentária apresentam-se um pouco mais propensos a realizar este exame, o que pode estar relacionado com a folha de triagem que existe na clínica universitária, a qual contém um item que corresponde à presença ou ausência de alterações na mucosa oral.

Os estudantes de medicina dentária e os médicos dentistas consideraram de forma consensual (95.5%) a palpação dos nódulos linfáticos da cabeça e pescoço como um factor essencial no exame de despiste do cancro oral.

São diversos os estudos encontrados na literatura em que os participantes consideram a palpação dos nódulos linfáticos como factor basilar no exame de despiste do cancro oral (Gajendra *et al.*, 2007; Silverman *et al.*, 2010).

Em relação à orientação do doente para o autoexame oral, neste estudo, a maioria das respostas varia entre “às vezes” (34.4%) e “raramente” (30.1%). Também noutros estudos encontrados na revisão bibliográfica se demonstra a propensão dos profissionais para não orientarem os doentes em relação ao autoexame oral (Falcão, 2006; Hertrampf *et al.*, 2010). Tal constatação poderá indicar que esta técnica ainda não é considerada como um instrumento importante na prevenção e detecção precoce do cancro oral.

Em 2009 a Associação Portuguesa de Medicina Dentária Hospitalar (APMDH) lançou, em parceria com a Liga Portuguesa Contra o Cancro e o Grupo de Trauma e Emergência, uma campanha nacional de promoção do autoexame para a prevenção do cancro oral. Esta campanha, denominada de “Sorria para si mesmo”, para além de apresentar uma técnica simples constituída por apenas cinco passos, explica ainda que sintomas se devem procurar e quem se deve consultar quando detectado algum sinal de alarme.

À semelhança de outros estudos, a maioria dos grupos analisados (77.8%) identificou correctamente o carcinoma espinocelular como o tipo de cancro oral mais comum (Hertrampf *et al.*, 2010; Uti e Fashina, 2006; Vijay Kumar e Suresan, 2012).

A grande maioria dos inquiridos neste estudo encontra-se ciente das regiões anatómicas onde o aparecimento de cancro oral é mais frequente. A maioria dos estudantes do 5º ano (66.7%) e dos médicos dentistas (53.3%) identificaram correctamente a “língua” como a região anatómica onde o aparecimento de cancro oral é mais frequente. A maior prevalência de respostas dos alunos do 4º ano foi o “pavimento da boca” (50.0%).

Dos estudos encontrados na literatura, mais de 70% dos participantes identificaram a língua e o pavimento da boca como os locais mais comuns para o desenvolvimento de cancro oral (Decuseara e Menezes, 2011; Hertrampf *et al.*, 2010; Uti e Fashina, 2006; Vijay Kumar e Suresan, 2012).

De uma forma consensual (75.6%) todos os grupos inquiridos identificaram correctamente o sexo masculino como o mais frequentemente afectado pelo cancro oral. A revisão bibliográfica deste trabalho vem confirmar esta constatação, conforme exposto nos trabalhos de Decuseara e Menezes (2011) e de Hertrampf *et al.* (2010).

A amostra deste estudo (83.3%) demonstra conhecimentos sobre o facto da idade avançada corresponder a um factor de risco para o desenvolvimento de cancro oral, tendo identificado que a maior parte destas neoplasias são diagnosticadas em indivíduos com idade superior a 40 anos.

Outros autores revelam também que os médicos dentistas e os alunos de medicina dentária estão conscientes do aumento da probabilidade de desenvolver cancro oral a partir dos 40 anos (Gajendra *et al.*, 2007; Hertrampf *et al.*, 2010; Vijay Kumar e Suresan, 2012).

No total 76.6% dos participantes identificaram correctamente a presença de uma úlcera indolor como o sintoma mais comum num doente com cancro oral num estadio inicial.

De acordo com o estudo de Hertrampf *et al.* (2010), perto de 60% dos médicos dentistas encontrava-se consciente de que as lesões cancerosas precoces geralmente surgem como áreas vermelhas, pequenas e indolores. No entanto, menos de 50% reconheceu que no estadio inicial as lesões se apresentam assintomáticas.

Segundo o estudo de Rogers, Vedpathak e Lowe (2011), uma úlcera que não cicatriza ou a presença de dor são geralmente os primeiros sintomas observados pelos doentes.

Verificando-se que por diversas vezes as lesões cancerosas tendem a ser precedidas por uma lesão potencialmente maligna, os médicos dentistas devem estar conscientes de qualquer alteração que ocorra na mucosa oral de modo a actuar precocemente, prevenindo a sua transformação maligna.

Perto de 80% dos alunos de medicina dentária e dos médicos dentistas identificaram correctamente a “leucoplasia” como a alteração oral mais frequentemente associada ao cancro oral. Estas conclusões foram também observadas nos estudos de Vijay Kumar e Suresan (2012) e de Carter e Ogden (2007).

Diversos estudos salientam a falta de conhecimento na identificação das alterações orais mais frequentemente associadas ao cancro oral, como a leucoplasia, eritroplasia e eritroleucoplasia (Boroumand *et al.*, 2008; Hertrampf *et al.*, 2010).

Segundo o estudo de Decuseara e Menezes (2011), 86% dos participantes estavam cientes de que o diagnóstico de cancro oral se processa mais frequentemente em estadios avançados. Corroborando estes resultados, também no presente estudo cerca de 70% dos inquiridos identificaram o estadio avançado como aquele onde mais frequentemente ocorre o diagnóstico desta patologia.

A maior parte dos diagnósticos de cancro oral são realizados em estadios avançados da sua evolução, o que pode derivar de diversos factores como a falta de preparação dos médicos dentistas para a identificação da doença, da ausência de sintomatologia na sua fase inicial, da ansiedade provocada pela doença ou da falta de conhecimento da população.

De acordo com o presente estudo, mais de 80% dos alunos e médicos dentistas identificaram a falta de conhecimento da doença como factor principal para o atraso no diagnóstico.

O estudo de Rogers *et al.* (2011), que tem em consideração a perspectiva dos doentes, demonstra que estes não consideram o acesso ao serviço de saúde como uma barreira, apontando como principal causa para o atraso no diagnóstico o desprezo pelos seus próprios sintomas, pensando que estes eram triviais e que passariam por si só. A análise efectuada no presente estudo vem reforçar esta premissa de que o principal factor para o atraso no diagnóstico corresponde a uma falta de consciencialização da doença.

No que concerne aos factores de risco, uma percentagem elevada dos três grupos considera o “tabaco” (75.6%) e o “álcool” (52.2%) como os dois mais relevantes para o desenvolvimento de cancro oral, tendo-lhe atribuído o valor 1 ou 2. As mesmas conclusões podem observar-se em diversas investigações anteriores como o estudo de Colella, Gaeta, Moscariello, e Angelillo (2008), no qual 94,1% dos inquiridos consideraram o “tabaco” e 79,2% o “consumo de álcool” como factores principais; e o estudo de Reed *et al.* (2010) no qual 89% dos inquiridos elegem o “tabaco” e 46% o “álcool” como factores de risco major.

Não obstante, tal como na presente investigação, noutros estudos da literatura muito poucos participantes estão cientes da influência das carências nutricionais, da exposição solar e das infecções virais, como é o exemplo do HPV, no desenvolvimento desta patologia (Hertrampf *et al.*, 2010; Reed *et al.*, 2010). Cerca de 40% dos alunos do 4º ano identificaram erradamente o consumo de drogas como o segundo factor de risco mais relevante para o desenvolvimento de cancro oral. Também em estudos anteriores se verificou que muitos dos participantes identificaram a história familiar de cancro erradamente como factor de risco significativo (Boroumand *et al.*, 2008; Gajendra *et al.*, 2007).

Muito participantes (65.6%) identificaram correctamente o hábito de mascar tabaco como um dos cinco principais factores de risco.

7.5. Opinião sobre conhecimentos acerca do cancro oral

A maioria dos alunos do 4º ano (63.3%) afirma que participou numa acção formativa sobre o cancro oral no último ano, uma vez que estão a considerar a palestra do Doutor

António Mano Azul e do Doutor Pedro Trancoso acerca da prevenção do cancro oral, nas *Jornadas Internacionais de Medicina Dentária* em Abril de 2013.

Cerca de 40% dos alunos do 5º ano afirmam igualmente que participaram numa acção formativa sobre o cancro oral no último ano, uma vez que estão a considerar a mesma palestra e as aulas de Oncologia, que tiveram início no 2º semestre do 5º ano.

Uma vez que no âmbito do presente estudo apenas se pretendia identificar acções formativas extracurriculares após finalização do curso de medicina dentária, serão apenas tidas em consideração as respostas dos médicos dentistas. Neste grupo as respostas são variáveis, no sentido em que 33.4% confirma ter participado numa acção formativa acerca do cancro oral nos “últimos 5 anos”, 26.7% nos “últimos 2 a 5 anos” e 23.3% “no ano passado”, e apenas 13.3% afirma nunca ter participado em qualquer acção formativa sobre esta patologia.

Tal como no presente estudo, a revisão bibliográfica revelou respostas variadas, sendo exemplos o estudo de Gajendra *et al.* (2007) onde 75% confirma ter participado num curso de educação acerca do cancro oral, e o estudo de Colella *et al.* (2008) em que apenas 20.6% participaram num curso de formação no último ano.

Segundo Gajendra *et al.* (2007), apenas 34% dos médicos dentistas relatou ter realizado alterações na sua prática clínica de prevenção do cancro oral após o curso de formação.

Por sua vez, o estudo de Colella *et al.* (2008) demonstra que as principais fontes de informação sobre a doença foram obtidas em cursos de educação (72.4%) e revistas científicas (22.8%).

No presente estudo, da totalidade de grupos analisados, cerca de 95% demonstraram interesse em participar numa acção formativa acerca do cancro oral. Já no estudo de Reed *et al.* (2010), apenas 40% dos médicos dentistas demonstraram interesse em obter formação adicional nesta área.

Entre os diversos métodos de abordagens educativas e em concordância com outros estudos, as “demonstrações clínicas” (56.2%), as “palestras” (21.3%) e as “apresentações audiovisuais” (18.0%) encontram-se entre os favoritos (Gajendra *et al.*, 2007; Hertrampf *et al.*, 2010).

Cerca de 70% de todos os participantes demonstrou interesse em participar na Semana Europeia e Portuguesa de Sensibilização para o Problema do Cancro da Cabeça e Pescoço.

Em relação à importância do médico dentista na prevenção e detecção precoce do cancro oral, cerca de 90% classificaram-na como “muito elevada”. Não obstante, 3 indivíduos (3.3%) classificaram a importância do médico dentista como “muito baixa”. No estudo de Vázquez-Mayoral *et al.* (2008) apenas 52% dos participantes classificaram a importância do médico dentista como muito forte.

Relativamente à opinião sobre a consciencialização da parte dos doentes no que diz respeito a aspectos preventivos e de diagnóstico do cancro oral, a grande maioria (57.8%) classificou-a em “muito baixa”, seguida de 28.9% que a classificaram como “baixa”.

Corroborando o presente estudo, vários autores concluíram que os doentes não se encontram suficientemente informados sobre esta doença (Ariyawardana e Ekanayake, 2008; Decuseara e Menezes, 2011; Monteiro *et al.*, 2012).

No estudo de Rogers *et al.* (2011) os doentes sugeriram algumas estratégias de sensibilização para este problema, entre as quais promoção televisiva, programas de rádio, jornais e internet, exposição de cartazes e folhetos informativos nos consultórios dentários e farmácias e cursos de educação e sensibilização que envolvam crianças em idade escolar. Para além destes instrumentos a intervenção do médico dentista revela-se importante na orientação do doente para a realização do autoexame oral periodicamente e na educação dos doentes acerca dos principais sinais e sintomas, bem como dos factores de risco mais significativos.

Segundo o estudo de Monteiro *et al.* (2012), os indivíduos que manifestam melhores hábitos de higiene oral apresentam-se mais conscientes acerca do cancro oral. Paralelamente, os indivíduos que relatam visitas regulares ao médico dentista encontram-se mais consciencializados acerca do cancro oral do que os que realizam visitas menos frequentes. Segundo o mesmo estudo, apenas 19.9% dos indivíduos tinham ouvido falar sobre o rastreio do cancro oral, e apenas 1.7% refere ter sido submetido a um exame geral da cavidade oral como parte desse rastreio.

Os médicos dentistas, encontrando-se na primeira linha de contacto com a cavidade oral, desempenham um papel fundamental na prevenção e detecção precoce do cancro oral, bem como na educação dos doentes sobre esta doença.

Neste trabalho de investigação apenas 4.4% classificam o seu grau de conhecimento como “muito elevado” e 21.2% como “elevado”, sendo que a maior percentagem de respostas (54.4%) corresponde a um grau de conhecimento “médio”.

Segundo alguns estudos encontrados na literatura uma grande proporção de médicos dentistas considera o seu grau de conhecimento acerca do cancro oral como adequado e actual (Ariyawardana e Ekanayake, 2008; Gajendra *et al.*, 2007).

No estudo de Decuseara e Menezes (2011), na questão sobre as principais falhas na formação dos médicos dentistas, as respostas mais frequentes abordaram os temas relativos à detecção de lesões suspeitas e directrizes de referência para a manutenção destas lesões, tendo alguns inquiridos identificado ainda temas como as técnicas de cessação de hábitos nefastos como o consumo de tabaco e álcool.

Mais de 44% dos participantes neste estudo classificou como “médio” o nível de informação que obtiveram na universidade onde estudaram para desempenhar um papel activo na prevenção e diagnóstico precoce do cancro oral.

No Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, ao contrário de outros institutos ou faculdades, a Oncologia é uma das disciplinas do 2º semestre do 5º ano. Esta área disciplinar vem actuar justamente na educação e consciencialização dos futuros médicos dentistas para o problema do cancro da cabeça e pescoço. Não obstante, muitos alunos do 4º e do 5º ano apontam como lacuna a não existência de aulas práticas clínicas onde poderiam obter um contacto mais próximo com esta doença.

No estudo de Gajendra *et al.* (2007) mais de 25% dos inquiridos afirma não ter tido acesso a qualquer material educativo sobre o cancro oral durante a sua formação.

Segundo a investigação de Vijay Kumar e Suresan (2012), 57% dos médicos dentistas consideram que o seu conhecimento sobre o cancro oral não se encontra actualizado.

No estudo de Vázquez-Mayoral *et al.* (2008), 65% dos participantes afirmam ter sido avaliados relativamente à sua destreza no exame da mucosa oral durante a sua formação e 61% afirma que na universidade onde estudaram existiam professores especializados em patologia oral que realizavam sessões clínicas periódicas acerca destas doenças.

Segundo o estudo de Colella *et al.* (2008), 64.8% médicos dentistas acreditavam estar confortáveis para realizar um exame oral de despiste de cancro oral e para realizar a palpação dos gânglios linfáticos do pescoço.

7.6. Limitações do estudo

Como principal limitação do presente estudo merece especial destaque a reduzida dimensão da amostra, que poderá influenciar os resultados e induzir falsas premissas

sobre os efetivos conhecimentos, práticas e opiniões dos médicos dentistas no geral, permitindo apenas uma análise estatística quantitativa dos resultados. Procurou-se assim, sempre que possível, no capítulo referente à discussão dos resultados, contrastar as respostas dos inquiridos com a revisão da literatura efetuada.

Identifica-se ainda o facto dos questionários terem apenas sido colocados a alunos de medicina dentária do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, o que pode sugerir resultados divergentes dos reais conhecimentos dos alunos de medicina dentária acerca do cancro oral.

8. CONCLUSÕES

Com base nos resultados obtidos concluímos que:

- Os elevados índices de mortalidade e de morbilidade do cancro oral indicam que esta doença constitui um problema de saúde pública no mundo;
- É imprescindível que os médicos dentistas possuam um conhecimento adequado dos aspectos básicos sobre o cancro oral e dos seus procedimentos de diagnóstico, de forma conseguirem articular essa competência na sua prática clínica;
- É essencial que os médicos dentistas consigam avaliar os factores de risco mais prementes e orientar o doente na cessação de hábitos nefastos, como o consumo de tabaco e álcool, fomentando uma escolha de um estilo de vida mais saudável, baseado na prática de exercício físico regular e numa dieta equilibrada. Vários indícios, como a persistência do cancro oral como problema de saúde mundial e as elevadas taxas de diagnóstico em fases tardias da sua evolução, indicam que tal pressuposto não se tem verificado no quotidiano da medicina dentária;
- Apesar de, no geral, se encontrarem bem informados, existem ainda algumas dúvidas e divergências no conhecimento dos alunos de medicina dentária e dos médicos dentistas em relação a diversos aspectos que envolvem esta patologia, o que deixa evidente a necessidade de intervenções educacionais que elucidem as deficiências identificadas;
- O interesse demonstrado neste estudo em participar em acções formativas sobre o cancro oral (95.6% da totalidade da amostra), aponta para a viabilidade da implementação de cursos de capacitação e aperfeiçoamento relacionados com o diagnóstico e prevenção do cancro oral;
- O ensino da oncologia nas escolas de medicina dentária, e a educação dos profissionais de saúde e da população em geral, com ênfase na prevenção e no diagnóstico de lesões potencialmente malignas e malignas é fundamental para a consciencialização sobre a doença.

Espera-se desta forma que este trabalho possa inspirar o desenvolvimento de novas estratégias e políticas para a detecção precoce do cancro oral, a fim de se obterem melhores resultados de prevenção e tratamento da patologia e, conseqüentemente, se reduzam as taxas de morbilidade e mortalidade.

Propõe-se a realização de estudos futuros que englobem questionários realizados a alunos de diversas universidades como meio comparativo do nível de educação nas diferentes escolas, uma vez que algumas não possuem ainda a disciplina de Oncologia integrada no seu plano de estudos.

No mesmo sentido, reforça-se a importância da realização de estudos futuros com abordagens não só quantitativas como é o caso desta investigação, mas também qualitativas, avaliando, por exemplo, o conhecimento dos médicos dentistas em relação ao seu ano de formação, e deste modo analisando se existiu alguma alteração no nível de importância dada a este problema ao longo do tempo. Deste modo será possível analisar mais profundamente as questões relativas às falhas no conhecimento do médico dentista em relação ao cancro oral e adaptar e reformular a oferta a nível da educação para colmatar essas lacunas.

9. BIBLIOGRAFIA

- Amagasa, T. (2011). Oral premalignant lesions. *Japan Society of Clinical Oncology*, 16(1).
- American Cancer Society, A. C. S. (2007). Oral Cancer. *American Cancer Society*. Disponível em <http://www.cancer.org/>
- Angadi, P. V, & Krishnapillai, R. (2012). Evaluation of PTEN immunoexpression in oral submucous fibrosis: role in pathogenesis and malignant transformation. *Head and neck pathology*, 6(3), 314–321. doi:10.1007/s12105-012-0341-z
- Ariyawardana, a, & Ekanayake, L. (2008). Screening for oral cancer/pre-cancer: knowledge and opinions of dentists employed in the public sector dental services of Sri Lanka. *Asian Pacific journal of cancer prevention*, 9(4), 615–618. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19256748>
- Barnes, L., Eveson, J. W., Reichart, P., & Sindransky, D. (2005). *World Health Organization Classification of Tumours*. *World Health Organization* (pp. 177–179).
- Barnes, Leon, Eveson, J. W., Reichart, P., & Sidransky, D. (2005). *World Health Organization Classification of Tumours*.
- Boroumand, S., Garcia, a I., Selwitz, R. H., & Goodman, H. S. (2008). Knowledge and opinions regarding oral cancer among Maryland dental students. *Journal of cancer education*, 23(2), 85–91. doi:10.1080/08858190701821238
- Carter, L. M., & Ogden, G. R. (2007). Oral cancer awareness of undergraduate medical and dental students. *BMC medical education*, 7(44). doi:10.1186/1472-6920-7-44
- Colella, G., Gaeta, G. M., Moscariello, A., & Angelillo, I. F. (2008). Oral cancer and dentists: knowledge, attitudes, and practices in Italy. *Oral oncology*, 44(4), 393–399. doi:10.1016/j.oraloncology.2007.05.005
- Decuseara, G., & Menezes, G. (2011). Oral cancer: knowledge, practices and opinions of dentists in Ireland. *Journal of the Irish Dental Association*, 57(4), 209–214.
- Eduardo, H., Tizeira, L., Aguas, S. C., & Sano, S. M. (2003). Transformación maligna del Liquen Plano Bucal atípico : Análisis de 32 casos. *Med Oral*, 8(1), 2–9.
- El-Mofty, S. (2010). Early detection of oral cancer. *Egypt J. Oral Maxillofac. Surg.*, 1, 25–31.
- Falcão, M. M. L. (2006). *Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal*. Universidade Estadual de Feira de Santana.
- Gajendra, S., Cruz, G. D., & Kumar, J. V. (2007). Oral Cancer Prevention and Early Detection: Knowledge, Practices, and Opinions of Oral Health Care Providers in New York State. *National Institute of Health*, 21(3), 157–162.

- Georgakopoulou, E. a, Achtari, M. D., Achtaris, M., Foukas, P. G., & Kotsinas, A. (2012). Oral lichen planus as a preneoplastic inflammatory model. *Journal of biomedicine & biotechnology*, 1–8. doi:10.1155/2012/759626
- Hertrampf, K., Wenz, H. J., Koller, M., Grund, S., & Wiltfang, J. (2011). The oral cancer knowledge of dentists in Northern Germany after educational intervention. *European Journal of Cancer Prevention*, 20(5), 431–437.
- Hertrampf, K., Wiltfang, J., Koller, M., Klosa, K., & Wenz, H. J. (2010). Dentists' perspectives on oral cancer: a survey in Northern Germany and a comparison with international data. *European Journal of Cancer Prevention*, 19(2), 144–52. doi:10.1097/CEJ.0b013e3283362a69
- James, K., Toner, M., & Stassen, L. F. A. (2011). Performing mucosal tissue biopsies in general dental practice. *Journal of the Irish Dental Association*, 57(4), 203–208.
- Kim, D. Y., Rha, E. Y., Yoo, G., & Lim, J. S. (2013). Squamous cell carcinoma on the upper lip of a patient with discoid lupus erythematosus. *Archives of plastic surgery*, 40(2), 155–157. doi:10.5999/aps.2013.40.2.155
- Kramer, I. R., Lucas, R. B., Pindborg, J. J., & Sobin, L. H. (1978). Definition of leukoplakia and related lesions: an aid to studies on oral precancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 46(4), 518–539.
- MacCarthy, D., Flint, S. R., Healy, C., & Stassen, L. F. (2011). Oral and neck examination for early detection of oral cancer – a practical guide. *Journal of the Irish Dental Association*, 57(4), 195–199.
- Main, J. H. P., & Pavone, M. (1994). Actinic cheilitis and carcinoma of the lip. *Journal of Canadian Dental Association*, 60(2), 113–116.
- Martins, M. D., Antônio, M., Martins, T., & Bussadori, S. K. (2007). Queilite actínica : relato de caso clínico. *ConScientiae Saúde*, 6(1), 105–110.
- McAlister, C. (2011). Raising awareness, bringing in patients. *Journal of the Irish Dental Association*, 57(4), 187–188.
- McCullough, M. J., Prasad, G., & Farah, C. S. (2010). Oral mucosal malignancy and potentially malignant lesions: an update on the epidemiology, risk factors, diagnosis and management. *Australian dental journal*, 55(1), 61–65. doi:10.1111/j.1834-7819.2010.01200.x
- Messadi, D. V. (2013). Diagnostic aids for detection of oral precancerous conditions. *International journal of oral science*, 5(2), 59–65. doi:10.1038/ijos.2013.24
- Monteiro, L. S., Salazar, F., Pacheco, J., & Warnakulasuriya, S. (2012). Oral cancer awareness and knowledge in the city of valongo, portugal. *International journal of dentistry*. doi:10.1155/2012/376838

- Musa, Z., Johnson, K., Rosin, M. P., Elwood, J. M., Poh, C. F., Williams, P. M., & Currie, B. L. (2008). Point of Care. *Journal of Canadian Dental Association*, 74(3), 243–258.
- Nagao, T., Chaturvedi, P., Shaha, A., & Sankaranarayanan, R. (2011). Prevention and early detection of head and neck squamous cell cancers. *Journal of oncology*. doi:10.1155/2011/318145
- Nair, D. R., Pruthy, R., Pawar, U., & Chaturvedi, P. (2012). Oral cancer: Premalignant conditions and screening--an update. *Journal of cancer research and therapeutics*, 8(1), 57–66. doi:10.4103/0973-1482.92217
- Ogden, G. R., & Mahboobi, N. (2011). Oral cancer awareness among undergraduate dental students in Iran. *Journal of cancer education*, 26(2), 380–385. doi:10.1007/s13187-010-0170-2
- Oliveira, L. R. de, Ribeiro-Silva, ; A., & Zucoloto, S. (2006). Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira Incidence and survival profile of patients with oral squamous cell carcinoma in a Brazilian population. *J Bras Patol Med La*, 42(5), 385–392.
- Pakfetrat, A., Falaki, F., Esmaily, H. O., & Shabestari, S. (2010). Oral cancer knowledge among patients referred to Mashhad Dental School, Iran. *Archives of Iranian medicine*, 13(6), 543–548. doi:010136/AIM.0016
- Palmela, P., & Salvado, F. (2010). *Guidelines para cuidados de saúde oral em doentes oncológicos* (1ª edição.). Círculo Médico.
- Pinheiro, P. S. (2000). *Cancro em Portugal*.
- Poh, C. F., Williams, P. M., Zhang, L., & Rosin, M. P. (2006). Heads up! - a call for dentists to screen for oral cancer. *Journal of Canadian Dental Association*, 72(5), 413–416. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16772064>
- Rautava, J., & Syrjänen, S. (2013). Infecções pelo papilomavírus humano na mucosa oral. *JADA*, 13(2), 8–18.
- Reed, S. G., Cartmell, K. B., Duffy, N. G., Wahlquist, A. E., Sinha, D., Hollinger, A., Bode, A., *et al.* (2010). Oral cancer preventive practices of south carolina dentists and physicians. *Journal of cancer education*, 25(2), 166–173.
- Rogers, S. N., Vedpathak, S. V., & Lowe, D. (2011). Reasons for delayed presentation in oral and oropharyngeal cancer: the patients perspective. *The British journal of oral and maxillofacial surgery*, 49(5), 349–53. doi:10.1016/j.bjoms.2010.06.018
- Santos, I. V., Daltro, T., Alves, B., Miranda, M., Falcão, L., & Freitas, V. S. (2011). O papel do cirurgião-dentista em relação ao câncer de boca. *Odontol. Clín.-Cient., Recife*, 10(3), 207–210.

- Santos, J. R. (2013). O cancro de cabeça e pescoço - a importância da prevenção. Disponível em www.saude.sapo.pt
- Sciubba, J. J. (2001). Oral cancer and its detection. *JADA*, 132, 12–18.
- Shan, J. P., Johnson, N. W., & Batsakis, J. G. (2003). *Oral Cancer*.
- Silva, I. C. O. da, Carvalho, A. T. D. de, Silva, L. B. O. da, & Nagahama, M. do C. V. F. B. (2007). Leucoplasia : uma revisão de literatura. *RGO, Porto Alegre*, 553, 287–289.
- Silverman, S. (2003). *Oral Cancer* (fifth., p. 1). pmph usa.
- Silverman, S., Kerr, a R., & Epstein, J. B. (2010). Oral and pharyngeal cancer control and early detection. *Journal of cancer education : the official journal of the American Association for Cancer Education*, 25(3), 279–281. doi:10.1007/s13187-010-0045-6
- Srinivas, K., Aravinda, K., Ratnakar, P., Nigam, N., & Gupta, S. (2011). Oral lichen planus - Review on etiopathogenesis. *Natl J Maxillofac Surg*, 2(1), 15–16.
- Tannure, P. N., Barcelos, R., Carolina, M., & Carnasciali, G. (2012). Eritroplasia bucal : aspectos de interesse ao cirurgião-dentista. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 14(1), 94–97.
- Uti, O. G., & Fashina, A. A. (2006). Oral Cancer Education in Dental Schools : Knowledge and Experience of Nigerian Undergraduate Students. *Journal of Dental Education*, 70(6), 676–680.
- Uva, L., Miguel, D., Pinheiro, C., Freitas, J. P., Marques Gomes, M., & Filipe, P. (2012). Cutaneous manifestations of systemic lupus erythematosus. *Autoimmune diseases*. doi:10.1155/2012/834291
- Vijay Kumar, K. V, & Suresan, V. (2012). Knowledge, attitude and screening practices of general dentists concerning oral cancer in Bangalore city. *Indian journal of cancer*, 49(1), 33–38. doi:10.4103/0019-509X.98915
- Vázquez-Mayoral, E. E., Sánchez-Pérez, L., Olguín-Barreto, Y., & Acosta-Gío, a E. (2008). Mexican dental school deans' opinions and practices regarding oral cancer, 2007. *Journal of dental education*, 72(12), 1481–1487. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19056627>
- Williams, P. M., Poh, C. F., Hovan, A. J., Ng, S., & Rosin, M. P. (2008). Evaluation of a suspicious oral mucosal lesion. *Journal of the Canadian Dental Association*, 74(3), 275–280. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18387268>
- Wilson, E. (1869). A quarterly record of dermatological science. *Journal of Cutaneous Medicine*, 120 – 335.

World Health Organization. (1973). Report of a meeting of investigators on the histological definition of precancerous lesions.

Wu, I.-C., Wu, C.-C., Lu, C.-Y., Hsu, W.-H., Wu, M.-C., Lee, J.-Y., Chou, S.-H., *et al.* (2013). Substance use (alcohol, areca nut and cigarette) is associated with poor prognosis of esophageal squamous cell carcinoma. *PloS one*, 8(2). doi:10.1371/journal.pone.0055834

10. ANEXOS

Ex.ma Senhora
Sara Filipa Raimalho Rodrigues


Monte de Caparica, 18 de março de 2013

Ex.ma Senhora,

Venho comunicar-lhe que o Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema "Avaliação do conhecimento e práticas em Medicina Dentária na deteção e prevenção precoce do cancro oral" foi aprovado por unanimidade.

Queira aceitar os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz


Prof.ª Doutora Maria Fernanda de Mesquita

a.c. - Prof. JORGE RODA SANTOS

Consentimento Informado

Código | IMP:EM.PE.17_01

Monte de Caparica, 2013

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Unidade Curricular de Orientação Tutorial de Projecto Final do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, sob a orientação do Professor Doutor Jorge Botelho Rosa Santos e Vítor José Glaziou Tavares, solicita-se autorização para a participação no estudo "Avaliação do Conhecimento e Práticas em Medicina Dentária na Prevenção e Detecção Precoce do Cancro Oral" com o objetivo de determinar os conhecimentos e práticas clínicas utilizadas pelos alunos e médicos dentistas, para a prevenção e diagnóstico do cancro oral numa fase primordial, melhorando desta forma o prognóstico destes doentes.

A participação neste estudo é voluntária. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo.

Este estudo pode trazer benefícios tais como perceber se o conhecimento e práticas clínicas utilizadas em Medicina Dentária são suficientes para este grupo participar activamente no diagnóstico precoce do cancro oral, auxiliando, deste modo, na redução das taxas de mortalidade e na melhoria do prognóstico destes doentes.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelos orientadores e pelos seus mandatados. A sua recolha é anónima e confidencial.

(Riscar o que não interessa)

ACEITO/NÃO ACEITO participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

(Assinatura do participante)

(Assinatura do(s) orientador(es))

CONHECIMENTOS E PRÁTICAS EM MEDICINA DENTÁRIA NA PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE DO CANCRO ORAL

Este questionário encontra-se a ser desenvolvido no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz. Apresenta como principal objectivo a compreensão dos conhecimentos e práticas clínicas utilizados por estudantes de Medicina Dentária e Médicos Dentistas no que diz respeito à prevenção e diagnóstico do Cancro Oral. A confidencialidade dos dados obtidos é totalmente garantida, não sendo divulgada qualquer informação individualizada. Desde já se agradece toda a sua atenção.

I - Caracterização geral

Assinale a sua opinião ou grau de concordância com uma cruz (X), ou preencha os espaços de resposta aberta.

1- Idade: 2- Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

3- Nível de formação:

Estudante de Medicina Dentária	<input type="checkbox"/>	Ano que frequenta:	4º <input type="checkbox"/>	5º <input type="checkbox"/>	
Médico Dentista	<input type="checkbox"/>	Tempo de graduação:	até 2 anos <input type="checkbox"/>	2 a 10 anos <input type="checkbox"/>	
			10 a 20 anos <input type="checkbox"/>	mais de 20 anos <input type="checkbox"/>	

II - Questões específicas acerca do Cancro Oral

Assinale a sua opinião ou grau de concordância com uma cruz (X), ou preencha os espaços de resposta aberta.

4- Na primeira consulta de Medicina Dentária realiza um exame geral da cavidade oral, incluindo avaliação das mucosas?

Sempre ☐ Frequentemente ☐ Às vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

5- Considera a palpação dos nódulos linfáticos da cabeça e pescoço como factor essencial no exame do cancro oral?

Sim ☐ Não ☐ NS/NR ☐

6- Procura orientar o doente para o auto-exame oral?

Sempre ☐ Frequentemente ☐ Às vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

7- Qual considera ser o tipo de cancro oral mais comum?

Linfoma ☐ Carcinoma Espinocelular ☐ Sarcoma de Kaposi ☐ Ameloblastoma ☐ NS/NR ☐

Outro ☐ Qual?

8- Qual considera ser a região anatómica onde o aparecimento de cancro oral é mais frequente?

Língua ☐ Gingiva ☐ Pavimento da boca ☐ Palato ☐ NS/NR ☐

Outra ☐ Qual?

9- Na sua opinião, qual é o sexo mais frequentemente afectado pelo cancro oral?

Feminino ☐ Masculino ☐ NS/NR ☐

10- Na sua opinião, qual a faixa etária mais comum para o aparecimento de cancro oral?

< 9 anos ☐ 10-18 anos ☐ 19-39 anos ☐ > 40 anos ☐ NS/NR ☐

11- Qual considera ser o sintoma mais comum num doente com cancro oral num estadio inicial?

Úlcera indolor ☐ Salivação abundante ☐ Nódulo duro ☐ Dor intensa ☐ NS/NR ☐

Outro ☐ Qual?

12- Qual considera ser a alteração oral mais frequentemente associada ao cancro oral?

Leucoplasia ☐ Pênfigo vulgar ☐ Estomatite ☐ Candidíase ☐ NS/NR ☐
 Outra ☐ Qual?

13- Qual considera ser o estadio onde mais frequentemente se processa o diagnóstico do cancro oral?

Pré-maligno ☐ Precoce ☐ Avançado ☐ NS/NR ☐

14- Qual das situações abaixo referidas considera ser a principal causa para o atraso no diagnóstico do cancro oral?

Medo ☐ Dificuldade de acesso ao serviço de saúde ☐ Falta de conhecimento sobre da doença ☐
 Outro ☐ Qual? NS/NR ☐

15- De acordo com a sua opinião, seleccione e classifique de 1 a 5 (sendo o 1 o mais relevante) os principais factores de risco para o desenvolvimento de cancro oral?

Consumo de drogas <input type="checkbox"/>	Consumo de tabaco <input type="checkbox"/>	Consumo de álcool <input type="checkbox"/>	História familiar de cancro <input type="checkbox"/>
Carências nutricionais <input type="checkbox"/>	Próteses mal adaptadas <input type="checkbox"/>	Exposição solar <input type="checkbox"/>	Contágio directo <input type="checkbox"/>
Higiene oral deficiente <input type="checkbox"/>	Infeções virais <input type="checkbox"/>	Mascar tabaco <input type="checkbox"/>	Radiação <input type="checkbox"/>
Consumo de alimentos quentes <input type="checkbox"/>	História pessoal prévia de cancro <input type="checkbox"/>	Sexo oral <input type="checkbox"/>	NS/NR <input type="checkbox"/>

III - Opinião sobre conhecimentos acerca do cancro oral

Assinale a sua opinião ou grau de concordância com uma cruz (X), ou preencha os espaços de resposta aberta.

16- Qual foi a última vez que participou em acções formativas acerca do cancro oral?

No ano passado ☐ Nos últimos 2 a 5 anos ☐ Mais de 5 anos ☐ Nunca ☐ NS/NR ☐

17- Teria interesse em participar numa acção formativa acerca do cancro oral?

Sim ☐ Não ☐ NS/NR ☐

18- Se sim, em que formato?

Demonstrações clínicas ☐ Folhetos informativos ☐ Palestras ☐ Apresentações audiovisuais ☐ NS/NR ☐
 Outro ☐ Qual?

19- Estaria interessado em participar na semana Europeia e Portuguesa de sensibilização para o problema do cancro da cabeça e pescoço, que se realizará entre dia 23 e 27 de Setembro?

Sim ☐ Não ☐ NS/NR ☐

Considerando o 1 como Muito baixo, o 3 como Médio e o 5 como Muito elevado, responda às seguintes questões:

20- Na sua opinião, qual a importância de um Médico Dentista na prevenção e detecção precoce do cancro oral?

1	2	3	4	5	NS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21 - Pensa que os doentes se encontram suficientemente informados acerca do cancro oral, no que diz respeito a aspectos preventivos e de diagnóstico?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

22- Como avalia o seu nível de conhecimento em relação ao cancro oral?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

23- Na sua opinião, obteve formação suficiente para actuar na prevenção e diagnóstico precoce do cancro oral na universidade onde estudou?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Muito obrigado pela sua colaboração! Para quaisquer esclarecimentos adicionais, poderá contactar Sara Rodrigues via email: sarafr Rodrigues@hotmail.com

